LEÇONS

SUR LA

GRIPPE DE L'HIVER 1889-90

CLINIQUE MÉDICALE DE L'HOPITAL SAINT-ÉLOI

LEÇONS

SUR LA

GRIPPE DE L'HIVER 1889-90

Par le Professeur J. GRASSET

RECUEILLIES ET PUBLIÉES

Par le Dr G. RAUZIER

CHEF DE CLINIQUE MÉDICALE

MONTPELLIER

CAMILLE COULET, LIBRAIRE-ÉDITEUR

LIBRAIRE DE LA BIBLIOTHÈQUE UNIVERSITAIRE, DE L'ÉCOLE NATIONALE D'AGRICULTURE ET DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES ET LETTRES.

PARIS

G. MASSON, ÉDITEUR

LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

120, Boulevard Saint-Germain (en face l'École de Médecine)

1890

B52565

CLINIQUE MÉDICALE DE L'HÔPITAL SAINT-ÉLOI.

LEÇONS

SUR LA

GRIPPE DE L'HIVER 1889-90[1]

MESSIEURS,

On rappelait tout récemment la définition suivante, donnée par Broussais, de la grippe : «Grippe, invention de gens sans le sou et de médecins sans clients, qui, n'ayant rien de mieux à faire, se sont amusés à créer ce farfadet[2].»

L'occasion me paraît bonne pour vous démontrer la fausseté de cette définition, l'erreur contenue dans cette phrase sarcastique de Broussais.

Vous venez d'assister, nous assistons encore à l'un de ces grands événements médicaux qui frappent le monde entier, s'imposent à l'attention de tous, et que l'enseignement clinique a le devoir de souligner au passage.

On ne peut nier l'importance nosologique et pathogénique des grandes épidémies populaires. L'épidémie actuelle, en raison de sa généralisation et de l'intensité des réactions qu'elle détermine, ne saurait faire exception.

Un mal qui se répand dans tout l'univers, à l'action duquel peu de personnes échappent, qui par lui-même ou par ses complications, et malgré les prévisions optimistes de la presse offi-

[1] Leçons faites, du 13 au 31 janvier, dans l'Amphithéâtre des Cliniques, à l'hôpital Saint-Éloi Suburbain.

[2] Cité par Huchard, in *Rev. gén. de Clin. et Thérap.*, 26 déc. 1889.

cielle, porte de 3,941 (décembre 1888) à 6,239 (décembre 1889) le nombre des décès à Paris, qui double à Montpellier le chiffre de la mortalité quotidienne (13 décès par jour au lieu de 7), ne doit pas être indifférent. Ce qui accroît encore l'importance de cette étude, ce sont les problèmes nosologiques qu'elle soulève.

Je crois donc utile de consacrer à l'épidémie régnante les premières leçons de ce trimestre.

C'est le 19 décembre que j'ai eu l'occasion de voir à Montpellier mes trois premiers cas de grippe; ces cas ont surgi en des points tout à fait différents de la cité : l'un dans la rue Salle-l'Évêque, un autre place Louis XVI, le troisième rue Valfère. Tous trois avaient débuté la veille.

Les malades avaient été frappés brutalement. La dame de la rue Salle-l'Évêque se trouvait en visite chez sa fille, quand, prise subitement d'une horrible céphalalgie, elle fut obligée de s'aliter sans avoir le temps de rentrer chez elle. — Le malade de la place Louis XVI avait assisté, le 18 au matin, aux obsèques du général Maissiat, et n'avait éprouvé aucun malaise durant cette longue cérémonie; il fut brusquement atteint dans l'après-midi du même jour et, le soir, présentait le tableau complet de la maladie. — L'enfant de la rue Valfère avait été frappé avec la même brusquerie.

A ce début brutal on reconnaissait la maladie dont les journaux politiques, à défaut de la presse médicale, avaient donné la première description et signalé les principaux symptômes. Pouvait-on méconnaître la fièvre ardente, — l'horrible céphalalgie, — les douleurs vives partout, dans les reins, dans les jambes, dans les genoux, — la congestion de la face, — le mal de gorge, qui en caractérisent l'invasion?

Le lendemain, 20 décembre, je voyais six nouveaux cas.

A partir de ce moment, la généralisation est devenue extrême. J'apprenais presque aussitôt qu'au Crédit lyonnais dix employés sur cinquante étaient atteints; bientôt, chacun de nos Confrères enregistrait un grand nombre de cas.

C'est alors que nous arrivait[1] le compte rendu de la séance académique, où l'on venait, pour la première fois, de porter à la tribune la question de l'épidémie régnante (16 décembre).

Il était facile, en comparant le tableau de nos malades à la description des cas observés à Paris, de voir qu'il s'agissait de l'arrivée à Montpellier de cette même épidémie, de cette influenza, dont on discutait la nature et la parenté, soit avec la grippe, soit avec la dengue.

C'était bien la maladie qui, partie de Russie, avait envahi les capitales, pénétré en France par Paris, et qui, depuis, s'est diffusée dans toute l'Europe et même en Amérique.

L'épidémie, en envahissant toute notre ville, a gagné les hôpitaux ; l'Hôpital-Général a été le premier et le plus complètement atteint ; le personnel de l'hôpital Suburbain n'a été frappé que plus tard.

Vous avez pu observer dans les services un grand nombre de malades ; le champ d'observation, très limité dans les salles de civils, a été vaste et varié chez les militaires. Les cas multiples de bronchite, de broncho-pneumonie, de pneumonie vraie que nous avons constatés, vont nous permettre d'étudier à fond les complications de la maladie.

En présence d'une telle abondance de faits cliniques, l'occasion est bonne, semble-t-il, de synthétiser un peu et d'étudier la maladie dans son ensemble.

Nous allons passer successivement en revue :

1° Le tableau clinique et la symptomatologie des formes les plus fréquemment observées ;

2° L'étiologie, l'évolution, les modes de naissance et de propagation de la maladie ;

3° Sa nature, ses rapports nosologiques avec la grippe et la dengue ;

4° Le diagnostic, le pronostic et les complications ;

5° Le traitement.

---

[1] *Semaine médicale* du 18 déc. 1889.

I.

Je ne vous étonnerai pas en déclarant d'emblée que tous les cas ne présentent pas une symptomatologie identique, qu'il existe même une grande variété morphologique. On peut cependant ramener les formes les plus habituelles à quelques types cliniques bien définis, autour desquels on groupera toutes les espèces observées.

Voici tout d'abord le premier type que j'ai observé, celui que j'ai constaté le plus fréquemment, et qui reste pour moi le prototype de l'épidémie actuelle.

Dans cette forme, le début est souvent brusque ; la maladie commence par des frissons ; puis, surviennent une fièvre ardente, une céphalalgie des plus violentes, des douleurs un peu partout (principalement dans les lombes ou le ventre, les jambes, les genoux), un mal de gorge intense, quelquefois des nausées et des vomissements. L'agitation est extrême, l'anxiété grande, l'insomnie habituelle. Les nuits surtout sont mauvaises. Il semble que l'on commence une très grave maladie.

Et pourtant, dès le lendemain, le tableau s'atténue : la fièvre diminue vers le matin ; quelquefois même, elle tombe complètement ; mais il reste une lassitude extrême, de l'abattement, un invincible besoin de dormir.

Le soir, les phénomènes d'excitation reparaissent; l'agitation et le malaise se montrent à nouveau. Dans les cas complets, on assiste ainsi à deux ou trois reprises vespérales, suivies de nuits très pénibles.

Puis, tous les symptômes aigus disparaissent; et alors, ou bien l'on est entièrement guéri (ce qui est rare), ou bien il reste pendant quelque temps une grande lassitude, une faiblesse et une fatigue extrêmes, comme si l'on relevait d'une grave et longue indisposition.

En même temps s'établit et persiste une toux qui, dans la

forme que je décris actuellement, ne s'est pas manifestée dès le début. C'est une toux pénible, nerveuse, par quintes, quelquefois coqueluchoïde, qui peut durer assez longtemps.

Tel est le tableau général de la première forme morbide ; reprenons-en quelques traits.

Le début est habituellement brusque, quelquefois très brusque. Rappelez-vous le fait, tout à l'heure énoncé, de cette dame qui, subitement atteinte au cours d'une visite chez sa fille, fut obligée de s'aliter sur-le-champ. — Je vous citerai encore le cas d'un malade qui, la veille de Noël, s'était rendu, en pleine santé, à la messe de minuit, se promettant pour l'heure du retour un « réveillon » dont il avait soigneusement préparé le menu ; à une heure, il rentrait tout frissonnant, et substituait à son menu une bassinoire et une infusion.

Dans d'autres cas, un léger malaise précède de deux ou trois jours, de vingt-quatre heures souvent, l'apparition de la fièvre. C'est un rhume léger, une angoisse vague, sans caractère précis, qui sert de prodrome à la maladie.

Puis la *fièvre* s'allume. Cette fièvre monte vite et haut. Couramment, on observe des températures de 40° ; dans un cas, notre collègue Estor, usant d'un thermomètre vérifié, a noté 41°,5. Comme dans la fièvre intermittente ou les fièvres éruptives, la fièvre est donc élevée, et rapidement élevée, dans la maladie qui nous occupe.

Ce qui domine ensuite dans la symptomatologie, ce qui, au point de vue clinique caractérise le tableau morbide, ce sont les *phénomènes nerveux* ; le système nerveux est brutalement atteint dès le début.

La *douleur* occupe le premier rang parmi les symptômes initiaux. Il existe des douleurs de tête atroces, spécialement localisées dans les globes oculaires, dont les mouvements ou la compression provoquent les sensations les plus pénibles. La céphalalgie peut être totale ; d'autres fois, elle est partielle, en forme de casque ou de couronne. On note également des douleurs lombaires, dont l'intensité dépasse souvent la rachialgie de la variole ; — une souffrance vive dans les genoux, qui sont comme

« cassés »; — des phénomènes algésiques intenses du côté des autres articulations et des masses musculaires; enfin, un endolorissement, un brisement général.

Les malades présentent, en même temps, une agitation et une angoisse extrêmes.

Quelquefois, le *délire* apparaît; c'est une sorte de délire vigil, à conceptions suivies et raisonnées, sinon raisonnables. — Une fillette de 10 ans parle, durant une journée entière, de ses prochaines funérailles; elle insiste avec complaisance sur cette idée, donne tous les détails et fait avec soin le dénombrement des personnes qui devront assister à la cérémonie. — Un jeune homme se dispose à sortir en chemise de sa demeure pour obéir à l'idée dominante de son délire, et n'est maintenu dans son lit qu'avec peine. — Une jeune fille réalise tout d'un coup une crise d'hystérie à forme délirante qui dure une heure et demie; elle se plaint d'un froid intense dans la tête, d'une sensation de brûlure vive en d'autres points; elle marmotte d'une façon continue, s'agite, déchire ses draps; ses jambes sont raides et arquées; puis, elle s'évanouit. — Une quatrième malade, voyant entrer un médecin appelé à la soigner (et qui n'était pas, du reste, son médecin ordinaire), se met à pousser des cris de terreur, qu'elle explique en invoquant une relation d'esthétique entre notre honorable confrère et le diable.

L'évolution de ce délire est rapide; il ne témoigne en aucune façon d'une gravité plus grande de la maladie et paraît en rapport avec le tempérament du sujet. Il est bon d'être prévenu de pareils faits et de leur peu d'importance pronostique. Au début de l'épidémie, si la presse politique, utile cette fois, n'avait fait grand bruit autour de phénomènes de cet ordre, nous aurions pu en être préoccupés.

Dans quelques cas, j'ai noté, comme symptôme d'invasion, un vertige brusque et intense; ce phénomène a été particulièrement accentué chez un de nos confrères.

Du côté de l'appareil respiratoire, le type qui nous occupe ne présente aucun signe physique à l'auscultation. Les malades se plaignent souvent d'un violent mal de gorge qui n'a guère pour

substratum anatomique qu'une congestion légère de l'arrière-gorge. Quand la toux apparaît, après le stade fébrile, elle est quinteuse, déchirante, très pénible, s'accompagne souvent d'une douleur rétro-sternale, mais ne coexiste pas avec les signes de la bronchite.

Le catarrhe, au sens anatomique du mot, est rare dans cette forme ; quelquefois on observe un larmoiement de courte durée dont mon chef de clinique, M. Rauzier, nous offrait l'autre jour, à la visite, un type très accentué ; mais le coryza, la bronchite humide, sont loin d'être la règle.

Le plus souvent, la face est congestionnée, vultueuse, d'un rouge spécial, presque cramoisie.

Le tube digestif est fréquemment atteint : on observe quelquefois des vomissements, souvent des nausées ; la plupart des malades ont « le cœur sur les lèvres ». Dans beaucoup de cas, il existe un défaut absolu d'appétit ; durant deux, trois jours, les malades refusent de prendre aucun aliment ; plus rarement, l'anorexie est tenace, elle persiste jusqu'au complet rétablissement et ne cède qu'à une purgation finale.

On observe assez souvent des *épistaxis* ; celles-ci peuvent reconnaître une double origine : elles sont provoquées par l'éréthisme circulatoire de la première période ou déterminées par la violence de la toux.

Des troubles urinaires peuvent être constatés ; les urines sont habituellement boueuses et uratiques ; elles renferment quelquefois un peu d'albumine. Certains auteurs ont noté des hématuries ; pour mon compte, je n'en ai jamais observé.

La *convalescence* de la maladie survient quelquefois brusquement, et les malades passent sans transition de la phase aiguë à la santé parfaite ; mais c'est l'exception. Le plus souvent, on voit persister pendant plusieurs jours une extrême lassitude, une faiblesse insurmontable, une toux persistante. L'humeur et le caractère s'en ressentent ; j'ai vu des hommes du meilleur monde, d'une aménité charmante à l'état normal, faire partager à leur entourage, durant cette période, l'ennui que leur procurait cette convalescence traînante.

Les rechutes sont fréquentes, surtout quand les malades commettent l'imprudence de se lever ou de sortir prématurément. La toux subit alors une recrudescence, et l'on assiste quelquefois à une nouvelle évolution fébrile.

On a beaucoup parlé *d'éruptions* au cours de l'épidémie actuelle. Pour ma part, je n'en ai observé que deux cas : il s'est agi, dans l'un, d'un érythème scarlatiniforme de durée éphémère ; dans l'autre, d'un prurit, avec rougeur consécutive, localisé à une seule cuisse. Plus récemment, vous avez vu, dans le service, deux cas d'urticaire à la suite de la maladie.

Permettez-moi, en terminant cette analyse symptomatique de notre premier type, de vous lire, partiellement du moins, l'auto-observation, soigneusement recueillie, d'un de nos internes, M. Z...

Le 23 décembre, j'éprouve un léger sentiment de fatigue, avec diminution de l'appétit, qui d'habitude est fort bon.

Le 25 décembre, à 4 heures du soir, violent mal de tête subit qui m'oblige à m'allonger sur mon lit ; il me semble qu'avec un cercle de fer on me serre fortement la tête ; les yeux et la région périorbitaire sont très douloureux à la pression.

Me sentant de plus en plus mal, je me déshabille et me couche.

Les jambes, qui jusque-là ne m'avaient pas fait souffrir (sauf un léger sentiment de lassitude dans la partie antérieure des cuisses, dans les membres et non dans l'articulation), deviennent douloureuses, les articulations de la hanche, du genou sont le siège d'une sensation de brisement, d'agacement difficile à exprimer. Je ne puis rester immobile dans mon lit, et agite mes jambes comme si je marchais, le contact des couvertures m'étant pénible.

L'estomac me pèse, mais je n'ai pas envie de vomir ; la bouche est amère, la langue sèche, le ventre ne me fait pas mal ; je n'ai pas envie de tousser.

Vers 6 heures, je prends de l'oranger chaud pour essayer de suer ; mais en vain.

A 7 heures, la température axillaire est de 39°,3 ; les pulsations au nombre de 85 ; la respiration fréquente, bien que facile.

Le mal de tête et les douleurs aux jambes deviennent de plus en plus forts, m'obligent à pousser des cris et à prendre mille positions dans mon lit.

L'estomac me pèse ; j'essaye de vomir après avoir absorbé quantité d'eau tiède, je ne puis même pas rendre l'eau absorbée.

A partir de minuit, le mal augmentant toujours, je me découvre, je saute de mon lit, je vais et viens dans ma chambre, malgré le veilleur, qui veut me faire recoucher et auquel je tiens des discours parfaitement déraisonnables.

Je veux lui expliquer ce que je ressens et me livre à une série de divagations que j'interromps de temps à autre pour lui dire : N'est-ce pas que je déraisonne ?

J'ai parfaitement conscience de mon état délirant, mais il m'est impossible de m'exprimer comme je le voudrais.

A ce moment-là, j'étais, paraît-il, très rouge.

Enfin à une heure, n'y tenant plus et après avoir vainement essayé de m'entourer la tête avec un linge mouillé, je prie le veilleur de vouloir bien aller me prendre des sinapismes à la pharmacie.

Le pharmacien a la bonté de les apporter lui-même, et j'en place immédiatement un sur le foie, un sur chaque cuisse, un sur chaque jambe ; je les laisse le plus longtemps possible.

La tête se dégage peu à peu, le front seul continue à me faire mal ; l'agacement des jambes disparaît complètement ; je m'endors enfin pour quelques instants vers 3 heures, je me réveille et reste ainsi jusque vers 8 heures.

A ce moment-là, je commence à suer ; la température est de 39° ; le front me fait toujours mal, mais la douleur est bien supportable.

Je me rendors encore et suis réveillé, à 9 h. 1/2, par M. le professeur Kiener, qui a bien voulu venir me voir.

Je suis tout suant, tout mon corps est rouge, le front me brûle ; M. le Principal y reconnaît une éruption à liséré bien marqué, que je puis suivre avec le doigt à la douleur ressentie.

Allé deux fois à la selle. scybales et diarrhée.

Je ne ressens plus qu'un léger mal de tête et de la fatigue générale.

Je reste au lit toute la journée ; le soir, la température est de 38°.3.

Urines normales comme quantité, fortement chargées en urates.

La nuit est bonne, je repose assez bien.

Le matin (27 décembre), la température étant de 37°,7, me trouvant bien, je me lève pour reprendre mon service ; mais M. le Principal me prie de garder encore la chambre.

L'appétit, qui était nul, est revenu. Je puis dîner avec les internes et passer la journée près de mon feu.

Le soir, temp. 37°,2. Nuit bonne.

28 au matin, temp. 36°,9. Fortement enrhumé.

J'ai tenu à vous lire ce petit tableau clinique, d'observation exacte et compétente, pour illustrer et préciser la description que je viens de faire.

A côté de ce type complet, que l'on observe fréquemment dans toute son intégrité, il existe un second type assez différent et d'allures plus réduites : c'est celui que j'ai personnellement réalisé.

La maladie débute, comme un rhume vulgaire, par un coryza que l'on promène, sans aucune préoccupation, pendant deux ou trois jours ; on n'éprouve alors ni fièvre ni perte d'appétit. Puis survient une sensation de froid persistante, qui remplace les frissons du début et subsiste même au coin du feu. Enfin la toux arrive, et, d'emblée, elle se manifeste avec un caractère qui vous oblige à en tenir compte et à suspendre vos occupations.

Cette toux est quinteuse, sèche, horriblement pénible, creuse, angoissante ; elle s'accompagne d'oppression, d'une sensation de cuisson vive en arrière du sternum, quelquefois d'une douleur au niveau de l'hypochondre. Tout le corps est péniblement secoué ; le malade est souvent obligé de se plier en deux en attendant la fin de la crise. On a vu survenir, dans ces circonstances, des épistaxis et des hémorrhagies conjonctivales.

Et cependant, on peut, dans cette forme, conserver l'appétit et rester sans fièvre durant toute l'évolution morbide ; mais, ce que l'on ressent toujours, c'est une sensation de faiblesse, de lassitude, qui persiste quelque temps et retarde la convalescence.

Imaginez maintenant, entre ces deux types morbides, tous les termes de transition, d'atténuation ou de mélange, et vous aurez une idée des nombreuses variétés qui se présentent à l'observation.

Lorsque j'ai, pour la première fois, songé à la façon de vous

présenter l'étude de la grippe, j'ai décidé de me borner à ces deux types cliniques. Depuis, une observation plus prolongée m'a amené à constater un troisième type, plus fréquent aujourd'hui qu'au début : c'est le *type gastro-intestinal*.

Sous cette dénomination, je n'entends point les cas dans lesquels on observe des nausées ou des vomissements ; je ne fais rentrer dans cette forme que les faits dans lesquels les accidents gastro-intestinaux ont été le phénomène dominant. Dans certains cas, je me suis trouvé en présence du syndrome cholérique presque parfait.

Ce qu'il y a de très remarquable dans ce type, c'est que la convalescence, traînante comme dans les autres formes, se caractérise exclusivement par des phénomènes de même ordre, c'est-à-dire par des troubles gastro-intestinaux et non par de la toux.

Une observation de M. le Dr Constan schématise à merveille cette variété morbide ; chez un malade, observé par ce distingué confrère, la maladie s'est traduite uniquement par une diarrhée intense qui, durant près d'une semaine, s'est reproduite chaque nuit, la toux et la céphalalgie faisant complètement défaut.

Tels sont, dans leur ensemble et sans parler encore des complications, les principaux types que nous avons constatés.

Cette description se rapproche, sur presque tous les points, de tout ce qu'ont observé mes confrères hors de Montpellier.

A la Société médicale des Hôpitaux (13 décembre), Legroux a insisté sur notre premier type. — Sevestre a confirmé cette description, en ajoutant que les éruptions cutanées lui ont paru fréquentes : chez un tiers de malades, il a constaté des plaques scarlatiniformes ou rubéoliformes, sur la face et le tronc.

La séance du 16 décembre, à l'Académie de Médecine, n'a pas révélé de symptômes nouveaux.

Bucquoy affirme avoir vu nombre d'éruptions analogues au rash variolique.

G. Sée distingue trois formes : 1° une forme nerveuse ; 2° une forme catarrhale (ce sont là nos deux premiers types ; — la désignation de la deuxième espèce me semble défectueuse, car dans

cette forme on tousse plus qu'on n'a de catarrhe) ; 3° une forme gastrique, pour laquelle je préférerais la dénomination de gastro-intestinale, puisque ce sont les phénomènes intestinaux qui dominent.

Enfin, Rochard attribue la production des manifestations éruptives à l'antipyrine ; je ne saurais partager cette opinion.

En somme, que semble-t-il se dégager de cette description symptomatique ?

Dans la grippe ordinaire, vous le savez, on observe, en général, deux éléments combinés : un élément catarrhal et un élément nerveux. — Eh bien ! ce qui me paraît être la caractéristique de l'épidémie actuelle, c'est l'*énorme prédominance de l'élément nerveux sur l'élément catarrhal.*

Dans notre premier type, le fait est évident : la fièvre intense, la céphalalgie atroce, le délire, les douleurs partout, constituent tout autant de manifestations intenses d'une irritabilité excessive du système nerveux.

M. le Dr Coustan, médecin-major au 122e de ligne, a bien voulu me communiquer un certain nombre de cas, dans lesquels toute la symptomatologie de la grippe se réduisait à d'horribles migraines ; il s'agissait, dans ces faits, d'anciens migraineux chez lesquels l'influence épidémique se traduisait simplement par une exagération d'intensité notable de leur accès habituel. J'ai vu un cas analogue.

Notre deuxième type lui-même n'échappe pas à la règle. L'état nerveux joue, là encore, un rôle prédominant : la toux est quinteuse, sonore, coqueluchoïde, alors que le catarrhe, à proprement parler, peut être des plus réduits.

Tous les auteurs, ceux de France et ceux de l'étranger, sont unanimes à proclamer l'importance de l'élément nerveux dans la grippe actuelle.

Il est intéressant de rapprocher le tableau de la maladie, présenté par les différents observateurs, des faits que nous avons constatés ici.

En France, il existe une analogie à peu près complète entre

les diverses descriptions. Il suffit, pour se rendre compte du caractère univoque de l'épidémie dans notre pays, de parcourir les travaux récents de la Société médicale des Hôpitaux, de l'Académie de Médecine et des autres Sociétés. Huchard[1], Lereboullet[2], présentent un tableau tout à fait comparable à celui que je vous ai tracé ; Potain[3] signale, en outre, l'augmentation de volume de la rate dans un certain nombre de cas.

A l'étranger, les constatations sont les mêmes, le tableau morbide est identique.

En Autriche, Nothnagel, dans une communication faite, le 3 janvier 1890, à la Société império-royale des médecins de Vienne[4], trace de l'épidémie un schéma à peu près analogue au nôtre. Il insiste, en plus, sur la fréquence des *névralgies* consécutives. J'ai eu, pour ma part, l'occasion de vérifier le fait et de voir des névralgies tenaces du trijumeau survivre pendant quelque temps à l'atteinte de grippe. Il signale également des accès d'asthme survenant au cours de la maladie ; ceci rentre dans le cadre des complications ou localisations respiratoires de la grippe, auxquelles je consacrerai un chapitre spécial.

En Russie, d'où sont parties les premières observations, le tableau symptomatique est le même. Il suffit, pour s'en rendre compte, de consulter la première Note publiée par Winocouroff[5]. Plus récemment, à la Société des médecins russes de Saint-Pétersbourg[6], Katzcheff insiste sur les névralgies secondaires ; Bybalkin a observé des paralysies périphériques, et même des lésions médullaires ; Pocrofsky s'étend sur les douleurs oculaires ; Sokoloff, sur les phénomènes douloureux en général.

Dans la séance suivante[7], Moritz décrit trois formes morbides : une forme nerveuse, une forme catarrhale et une forme

---

[1] Huchard ; *Rev. gén. de Clin. et de Thérap.*
[2] Lereboullet ; *Gaz. hebd.*, 20 et 27 déc. 1889.
[3] Potain ; *Union médicale*, cit. in *Gaz. hebd. de Montpellier*, 28 déc.
[4] Nothnagel ; *Bulletin médical* du 8 janvier 1890.
[5] Winocouroff ; cit. in *Semaine médicale*, 25 décembre.
[6] *Médecine moderne*, n° du 9 janvier.
[7] *Mercredi médical*, n° du 8 janvier.

gastrique ; Lieven insiste sur la fréquente absence du catarrhe et la prédominance des phénomènes nerveux.

En Belgique[1], le tableau de la maladie ne diffère en rien des descriptions précédentes.

L'Allemagne est intervenue de bonne heure dans la discussion. A la séance du 16 décembre de la Société de Médecine interne de Berlin[2], Renvers décrit trois types symptomatiques : son premier type est analogue au nôtre ; le deuxième également. Quant au troisième, qu'il appelle type nerveux avec état typhique, et dont l'évolution ressemble à celle de la dothiénentérie, nous n'avons pas eu l'occasion de le constater. Hier, cependant, pour la première fois, je me suis trouvé en présence d'une fièvre typhoïde qui semble avoir débuté comme une grippe ; son évolution, d'ailleurs, paraît normale.

Les types de Renvers ont été discutés par la série des observateurs qui, après lui, ont abordé la tribune ; mais tous ont confirmé, dans l'ensemble, sa description symptomatique. Leyden, qui a tracé de main de maître le tableau de la maladie, insiste sur la lenteur de la convalescence, le découragement exagéré et la mauvaise humeur qui envahissent les malades durant cette période.

L'Angleterre, relativement épargnée jusqu'ici, ne s'est point écartée du tableau habituel, si l'on en croit les descriptions de Sisley et Bezly Thorne[3].

Il en a été de même à Varsovie et en Pologne, d'après le Dr Dunisi[4].

Nous pouvons donc conclure de cette première partie de notre étude, que les symptômes de l'affection observée à Montpellier concordent pleinement avec les diverses descriptions de la maladie qui règne actuellement dans le reste de la France et à l'étranger.

---

1 *Semaine médicale*, 25 décembre.
2 *Semaine médicale*, 25 décembre.
3 *Médecine moderne*, janvier 1890, n° 9.
4 *Eod. loc.*

II.

La première partie de cette étude nous a conduit à admettre, en raison des analogies symptomatiques, l'identité de l'affection actuellement dominante dans notre ville et de la maladie qui frappe en ce moment la Russie, Paris, le monde entier.

J'en ai fini avec la description clinique de cette entité morbide, qu'on peut appeler l'épidémie de 1889-1890, et que je vous ai présentée réduite à ses types les plus concrets, indépendamment de toutes ses complications.

Aujourd'hui, je vais étudier avec vous l'étiologie, c'est-à-dire l'histoire et l'évolution de cette épidémie. Nous verrons comment elle est née, comment elle s'est propagée ; enfin je vous donnerai mon avis sur la question délicate de la *contagion*.

Les premiers cas ont été observés en Russie. Il ressort d'une Note adressée à M. Proust par le Dr Mendelssohn [1], de Saint-Pétersbourg, que l'affection a débuté dans les derniers jours du mois d'octobre; d'après Winocouroff [2], les constatations initiales remonteraient même aux premiers jours d'octobre.

Au commencement de novembre, la maladie prend nettement le caractère épidémique ; elle se diffuse et se généralise ; au dire de Moritz[3], elle était même, à cette époque, si bien installée dans tout le pays qu'un tiers environ de la population se trouve atteint. Vers la fin du même mois, le czar est frappé, et la presse s'empare de la question.

C'est également à la fin de novembre que la maladie éclate dans plusieurs capitales, notamment à Berlin et à Paris.

A Paris, les premiers cas de grippe sont constatés au Louvre, le 26 novembre ; le Rapport de MM. Brouardel et Proust précise nettement cette date.

Nous sommes loin, vous le voyez, de cette explosion simultanée sur l'Europe entière, de cette diffusion plus rapide que tous les

---

[1] Commun. à l'Académie de Médecine, 16 décembre 1889.

[2] *Semaine médicale*, no du 25 décembre, pag. 471,

[3] Société des Médecins russes. *Mercredi médical*, no du 8 janvier.

moyens de transport, dont on a tellement parlé. Au commencement ou au plus tard à la fin d'octobre, les premiers cas sont observés en Russie ; le 26 novembre, l'épidémie envahit notre capitale.

La maladie débute donc à Paris par les magasins du Louvre. Avant le 26 novembre, la moyenne habituelle des absences quotidiennes était de 120 sur 3,000 employés. A partir de ce moment, le nombre des absents subit un accroissement rapide ; il atteint les chiffres de 515, 560, 670, les 8, 9 et 10 décembre.

Après le Louvre, c'est le tour du bureau central des Postes et Télégraphes. Jusqu'au 5 décembre, sur un personnel composé de 550 hommes et 420 femmes, les absences sont exceptionnelles. Brusquement, du 6 au 7, le nombre des absents monte à quarante ; le 8, il s'élève à soixante et dix ; le 9, il comprend quatre-vingts hommes et cinquante femmes ; le 10, quatre vingt-dix hommes et soixante femmes.

A ce moment, la diffusion dans Paris est complète et générale. Cinquante élèves de l'École centrale sont pris en quelques jours. — A Saint-Louis, la maladie apparaît le 9 ; le 10, trente-trois élèves sont atteints ; le 12, on enregistre vingt-huit nouveaux cas, non compris trois professeurs, un répétiteur et deux garçons. — A Saint-Cyr, la moitié des élèves de l'École militaire sont frappés en huit jours. — L'École polytechnique n'est pas épargnée ; le 6, on constate le premier cas ; du 6 au 12 décembre, cent soixante et dix élèves se succèdent à l'infirmerie.

A la même époque (12 décembre), la haute société parisienne est prise de tous côtés. Les journaux du moment annoncent que Mme Guyot, Mme de Freycinet, la présidente Mme Carnot, sont atteintes. Bientôt, on annonce qu'il manque le quart du personnel des téléphones. Le 16, le préfet de police et plus de soixante employés de la préfecture de police sont frappés. Le 17, on compte 236 malades sur 1,122 agents attachés au poste central des télégraphes, et 87 absentes sur 253 employées des téléphones.

Le 20, l'École de Saint-Cyr, où 500 élèves sont dispensés du cours, est licenciée. M. Carnot et quatre ministres se trou-

vent à leur tour indisposés ; au palais de justice, trois Chambres sont fermées en raison de l'épidémie.

Pendant ce temps, l'Europe tout entière est progressivement envahie.

A Berlin, la maladie débute comme à Paris. Les premiers cas sont constatés vers la fin novembre, ainsi qu'il résulte d'une communication faite, le 26 décembre, par M. Leyden à la Société de Médecine interne de Berlin.

La maladie éclate presque aussitôt à Vienne ; elle envahit l'Autriche entière, et se diffuse sans tarder dans le sud de la Russie, l'Italie, l'Espagne, le Portugal.

L'Angleterre est frappée plus tardivement et avec moins d'intensité.

Puis, une fois toute l'Europe envahie, l'Afrique est prise à son tour ; l'épidémie se propage en Algérie, en Tunisie, dans le Maroc. Plus tard, enfin, on la voit se répandre dans le Canada, les États-Unis, toute l'Amérique du Nord en un mot.

Voilà donc, brièvement énoncée, l'histoire de la maladie. Il ressort nettement de cette évolution qu'il s'agit là d'une véritable *épidémie*, d'une maladie populaire.

Par ce mot de maladie populaire, j'entends une affection frappant la population entière. Il ne s'agit pas là de peuple au sens vulgaire du mot, de plèbe ; on peut dire, au contraire, que la maladie actuelle mérite, au premier chef, le nom de *morbus dominorum*. Certainement le bas peuple n'est point épargné ; mais, à l'inverse de ce qui se passe dans la plupart des épidémies, la société est frappée à l'égal de la populace. Les ministres, les ambassadeurs, les souverains, sont atteints dès le début. Sans égard pour les distinctions gouvernementales, la maladie s'attaque en même temps au czar de Russie et au président de la République française. Aucun âge n'en est à l'abri, et l'on a pu voir, simultanément atteints, bien qu'avec un sort différent, la vieille impératrice Augusta et le petit roi d'Espagne.

Jamais épidémie ne s'est plus universellement répandue; jamais, pour ma part, je n'ai constaté de généralisation pareille. A-t-on

vu, dans d'autres circonstances, les services publics aussi complètement désorganisés ? les collèges fermés, les écoles d'application licenciées ; le fonctionnement de la poste, des télégraphes, du chemin de fer confié à l'armée ; les entreprises privées forcées de recruter des auxiliaires un peu partout ? Et dans les maisons, quel spectacle ! Des familles entières frappées, maîtres et serviteurs ; les moins malades obligés de rester debout pour soigner les plus atteints ! Des prières, des supplications adressées, du seuil de chaque appartement, au médecin qui pénètre dans ces hôpitaux privés.

Cette fois, on serait mal venu à parler de l'immunité médicale. Partout, les médecins ont payé leur tribut, sous la forme et dans la proportion ordinaires. Il y a quelques jours, je trouvais, dans un grand village de l'Aude où sévissait l'épidémie, la pharmacie fermée et le médecin malade.

Ces exemples, Messieurs, graveront dans vos mémoires, bien mieux que des chiffres, le tableau de la maladie actuelle.

Donc, et ce sera là ma deuxième conclusion, la maladie que nous observons en ce moment, maladie tout à fait analogue à celle qui sévit partout, est une affection épidémique à diffusion rapide et à généralisation extrême.

Mais il est une troisième conclusion tout aussi importante à poser avant d'aller plus loin : si la diffusion de la maladie est rapide, extrêmement rapide même, elle n'est pas instantanée, comme on a voulu le dire.

On a prétendu que l'épidémie se propageait plus vite que ne circulent les moyens de transport les plus perfectionnés. Leyden cite, en la déclarant très juste, l'image de Becker qui compare, au point de vue de sa propagation, l'épidémie actuelle à la boîte de Pandore brusquement ouverte et infectant d'emblée l'humanité tout entière.

C'est là une inexactitude, une affirmation tout à fait contraire à la réalité des faits, infirmée par les documents officiels les plus authentiques.

Comment les choses se sont-elles passées dans notre ville ? Un

de nos confrères rentre, le 8 décembre, de Paris où il a passé quelques jours; durant son séjour dans la capitale, il est allé faire quelques emplettes au Louvre. Le 9, il est pris de courbature et de céphalalgie ; puis la maladie s'affirme. Les jours suivants, quelques cas isolés éclatent. Le 18, l'épidémie éclate à Montpellier ; ce jour-là, j'observe trois cas; le lendemain, je vois six malades ; puis le nombre en devient indéfini.

Vous le voyez, un temps appréciable s'est écoulé entre le premier cas constaté et la diffusion complète.

A Paris, il en a été de même. C'est le 26 novembre que les premiers cas ont été observés au Louvre; tout d'abord, la maladie est restée limitée à ce foyer. Au bout de plusieurs jours, le 5 décembre seulement, le bureau des Postes a été envahi à son tour. Et ce n'est qu'alors, après une période très nette d'invasion localisée, que l'épidémie a gagné le tout-Paris et la province.

Remontons encore en arrière. La Russie a été frappée en octobre, un mois avant notre capitale. Au début, les cas ont été assez peu nombreux pour que les médecins ne soient pas d'accord sur la date de son apparition; les uns la fixant au commencement, d'autres à la fin du mois. Dans la suite, le tiers de la population de l'empire est atteint.

Tout récemment, une fois l'Europe entière envahie, nous avons vu l'épidémie gagner l'Afrique et l'Amérique du Nord.

Il ressort de ces divers exemples que nous avons affaire à une maladie présentant une extension progressive.

On peut, semble-t-il, lui assigner quatre étapes :

1. Elle prend naissance à Saint-Pétersbourg et envahit la Russie ;

2. Elle gagne Paris, Berlin et diverses capitales ;

3. Elle s'étend en province et se diffuse dans la France entière ;

4. Elle franchit les mers et se répand en diverses régions d'Afrique et d'Amérique.

C'est donc un fait acquis. Rien, dans ce mode d'envahissement, ne ressemble à la simultanéité d'attaque, à l'ubiquité d'invasion que l'on a invoquée. Partout on note un temps ap-

préciable entre l'envahissement d'une région et l'atteinte d'une autre région ; partout on constate un intervalle sensible entre les premiers cas observés et la diffusion épidémique.

C'est là une nouvelle conclusion qui est loin d'être banale, à laquelle je tiens, parce qu'elle me paraît découler des faits, et qui me conduit naturellement à examiner devant vous le problème de la contagion.

La maladie régnante est épidémique, est-elle *contagieuse ?*

La question est difficile à résoudre ; elle est des plus controversées, et mes conclusions, je le sais, ne seront point d'accord avec l'opinion de la majorité.

Laissez-moi l'affirmer dès le début, *je suis contagionniste.* Ma conviction sur ce point est assez solide pour que je ne craigne pas d'entrer en lutte avec les savants les plus distingués de notre pays.

La presque totalité de l'École française se prononce, en effet, contre la contagion. L'un des épidémiologistes les plus éminents de France, M. Colin, faisait, dans la séance académique du 17 décembre[1], la déclaration suivante : « L'épidémie actuelle démontre, une fois de plus, son indépendance de tout transport par les communications humaines, traversant aussi vite les mers, les régions inhabitées, que les pays à population dense. Il n'y a que les agents physiques les plus rapides en leur propagation, la lumière, l'électricité, qui aillent aussi vite. Sans doute, le nouveau monde est atteint aujourd'hui comme l'ancien, et l'a été dans des conditions de rapidité supérieures à celles de la traversée des bâtiments les plus rapides. »

N'est-ce pas là une affirmation nette, précise et catégorique ?

Dans la même séance, M. Bouchard proclamait également l'inexistence de la contagion : « La grippe frappe, il est vrai, un très grand nombre d'individus, mais c'est là une preuve qu'elle n'est pas contagieuse. Une maladie contagieuse ne peut frapper, en une seule nuit, 50,000 personnes, comme cela a

---

[1] *Semaine médicale,* 1889, pag. 463.

eu lieu pour la grippe dans l'épidémie de janvier 1858. Il y a trois semaines, la maladie a été signalée à Saint-Pétersbourg, et, pour se propager, elle n'a pas suivi les voies du commerce humain. »

Et M. Colin reprenait : « Je crois qu'il ressort de ma communication que la grippe est une affection relevant des conditions atmosphériques extérieures, et indépendante de la contamination humaine. Je ne crois pas la grippe contagieuse ».

La même opinion vient d'être exprimée par M. Teissier, de Lyon, dans une leçon récente[1] : « Pour le plus grand nombre, cette affection n'est pas importable, elle n'est pas transmissible de l'homme malade à l'homme sain, et les exemples cités à cet égard paraissent concluants... La grippe, sans berceau d'origine, naissant on ne sait d'où, passant comme un nuage qui obéit au caprice des vents, fond simultanément ou à quelques jours de distance sur des villes situées aux quatre coins de la terre... »

A l'étranger, la contagion a aussi des adversaires résolus.

Le 16 décembre, Renvers défend, devant la Société de Médecine interne de Berlin[2], l'existence d'un virus ubiquiste qui naît et meurt en même temps sur des points du globe très différents.

Selon Fürbringer : « L'influenza n'est pas contagieuse. Je n'ai pas isolé les malades, et, malgré cela, il n'y a qu'un seul cas intérieur sur mille malades reçus à l'hôpital pour différentes maladies. Aucun médecin ne l'a contractée (ils ont de la chance, à Berlin !) ; un très petit nombre seulement de nos infirmiers et infirmières ont été atteints. »

Baër, qui a observé l'épidémie chez les prisonniers, ajoute : «On ne peut guère parler d'un principe contagieux pour ce qui concerne ces malades, car les prisonniers sont presque complètement isolés.»

Becher dit également : « Je ne comprends pas bien qu'on

---

[1] *Bulletin médical*, 1890, pag. 45.
[2] *Semaine médicale*, 1889, pag. 475.

veuille expliquer la propagation de la grippe par un principe contagieux ; l'épidémie a éclaté simultanément sur les points les plus différents de Berlin et de l'Allemagne. »

Leyden reconnaît que la question est obscure, qu'elle n'est pas encore définitivement tranchée ; mais il cite et approuve la phrase de Becher comparant l'épidémie à la boîte de Pandore.

En Autriche, Schnirer, le correspondant habituel de la *Semaine médicale*, nie également la contagiosité : «Cette épidémie, dit-il, n'est pas contagieuse, car on observe des cas isolés assez nombreux.»

Vous voyez que le groupe des anticontagionnistes est considérable ; le nombre et la qualité des observateurs qu'il comprend semblent constituer, en faveur de leur opinion, une sérieuse garantie. — Et cependant, je ne puis me ranger sous leur bannière et faire mienne cette opinion.

En me basant uniquement (comme je le fais dans toutes ces leçons) sur ce que nous avons observé au cours de l'épidémie actuelle, je crois qu'il est impossible de contester la contagion, c'est-à-dire le transport par l'homme du principe morbifique.

Je ne dis pas, notez-le bien, que la contagion soit le seul mode de propagation et de diffusion de la maladie ; je dis seulement qu'elle est réelle, qu'elle existe, et qu'elle constitue un mode de propagation.

Il me sera facile de vous le démontrer.

Et d'abord, cette prétendue ubiquité autour de laquelle on a fait tant de bruit, cette explosion simultanée dont parle Colin, est inadmissible quand on va au fond des choses et qu'on analyse avec soin les documents relatifs à l'épidémie actuelle.

Je vous ai montré les étapes distinctes et successives parcourues par la maladie ; vous l'avez vue envahir peu à peu la Russie, Paris, la province, l'Afrique et l'Amérique. Est-il donc exact de prétendre que cet envahissement dépasse en vitesse les moyens de locomotion les plus accélérés ? Est-il juste de comparer la diffusion épidémique à la marche de la lumière et de l'électricité ?

Un mois pour s'étendre de Saint-Pétersbourg à Paris, quinze jours pour se rendre de notre capitale à Montpellier ! Nul be-

soin, ce me semble, d'un train express, pas même d'un train omnibus pour réaliser le trajet!

Voilà donc un premier argument en faveur de la possibilité d'une transmission par l'homme ou par des objets appartenant à l'homme.

Si vous envisagez en elle-même chacune des étapes parcourues par la maladie, le résultat de vos investigations plaidera dans le même sens. L'épidémie débute à Saint-Pétersbourg; — de là, elle gagne deux capitales, Paris et Berlin; — des capitales, elle s'étend aux villes de province; — plus tard, elle envahit la province; — plus tard enfin, elle se répand dans les pays d'outre-mer. N'est-ce pas la marche naturelle d'une maladie se propageant par l'intermédiaire de l'homme, suivant la voie ordinaire des communications humaines?

Il est donc inexact d'invoquer la diffusion par l'air, l'influence du «vent qui passe», l'action exclusive des agents extérieurs.

Je vous démontrais tout à l'heure que la maladie n'était pas née simultanément dans tous les points actuellement atteints, que Saint-Pétersbourg et Paris avaient été frappés à des époques différentes. — Je crois avoir également établi que le principe épidémique ne s'est point propagé par l'air. S'il en eût été ainsi, la maladie régnante, au lieu de procéder par bonds, de passer brusquement d'une capitale à l'autre, se fût subitement diffusée dans toute une zone et eût atteint simultanément toutes les régions, capitales et hameaux, soumises aux mêmes influences atmosphériques.

Une fois le principe introduit dans une ville, comment se propage-t-il? Voyez ce qui s'est passé ici : du 9 au 17 décembre, à peine a-t-on observé quelques cas isolés; puis la diffusion s'est faite progressivement; enfin, elle est devenue extrême. Il y a loin, de là, à une explosion simultanée, et les 50,000 cas dont Bouchard signale la production en une seule nuit n'ont pu éclater à Paris qu'une fois la maladie déjà introduite depuis un certain temps. Au début, et pendant quelques jours, le Louvre et les Postes ont constitué, dans la capitale, des foyers nettement limités.

La propagation épidémique se fait, dans chaque milieu, par les agglomérations, les contacts. A Paris, la maladie s'est installée tout d'abord dans deux établissements populeux et encombrés. Partout, ce sont les lycées, les collèges, les postes, les banques, qui sont envahis les premiers.

L'encombrement n'agit pas ici comme dans certaines maladies, la dothiénentérie par exemple : la contamination n'est pas le fait d'un entassement antihygiénique. Dans la plupart des établissements que je viens d'énumérer, les lois de l'hygiène sont sauvegardées, l'aération est abondante. Mais la propagation morbide résulte du contact, du rapprochement continuel des hommes les uns des autres.

Dans les maisons, il en est de même. Remarquez combien il est exceptionnel (et c'est vrai partout comme à Montpellier) d'observer, dans une demeure, un cas isolé. Il est de règle, au contraire, de voir un certain nombre de cas se développer peu de temps après l'éclosion du premier. Ceci ne vient-il pas encore à l'appui de la contagion ?

Fürbringer déclare qu'il ne s'est pas développé de cas intérieurs dans son hôpital ; les médecins et les infirmiers ont été épargnés. Mais, partout, on a observé le contraire ; dans notre ville, peu de médecins ont échappé à l'épidémie.

A l'Hôpital Général, la propagation a été énorme : les infirmiers, les religieuses, presque tout le personnel traitant, un grand nombre de malades résidant dans l'hôpital, ont été atteints.

A l'hôpital Suburbain, les choses se sont passées différemment ; il y a eu peu de cas réellement intérieurs. C'est que les locaux sont vastes, très aérés ; l'air de la campagne transporte, en outre, moins de germes contagieux que celui de la ville. Enfin, nous avons eu à traiter un très petit nombre de vrais cas de grippe en évolution ; les malades ne sont guère entrés à l'hôpital que pour des complications de la grippe, et rarement pour la grippe elle-même. — Les quelques cas qu'il nous a été donné d'observer ont été constatés chez les internes (ils ont presque tous payé leur tribut), chez quelques infirmiers, en un mot chez

ceux qui fréquentaient quotidiennement la ville, qui avaient les relations les plus suivies avec le milieu infecté.

Schnirer, un anticontagionniste cependant, a adressé à la *Semaine médicale* des exemples que l'on peut opposer à celui de Fürbringer. A l'Hôpital Général de Vienne, sur 300 cas de grippe constatés, 77 concernaient des médecins, 58 des infirmiers et gardes-malades. Près de cet hôpital, se trouve une caserne dont presque tous les soldats ont été grippés.

Le même numéro de la *Semaine médicale* renferme un autre fait analogue : Un navire à vapeur, venant de Saint-Pétersbourg, importe la maladie en Danemark ; la caserne du génie est prise tout d'abord, puis tous les établissements militaires, puis la population civile.

En Hollande, soixante matelots d'un bâtiment de guerre ont été atteints les premiers.

Certains cas d'immunité due à l'isolement servent de contre-épreuve et plaident dans le même sens ; tel est le fait rapporté par Hirsch[1] : « A Charlottenbourg, il y a un couvent de femmes dans lequel se trouvent un très grand nombre de sujets chétifs, maladifs, et aussi des poitrinaires. Les membres de ce couvent ne doivent jamais franchir le seuil de la porte. Cette règle est absolue : la communication avec le monde se fait par les femmes, mais seulement d'une façon indirecte. Il n'y a que deux hommes, le prêtre et le médecin, qui aient des rapports directs avec les habitants du couvent — il y en a plus de cent — et, quoiqu'à Charlottenbourg l'influenza règne, il n'y a aucune personne du couvent qui soit atteinte d'influenza. Je crois donc, conclut Hirsch, que l'influenza est transmissible d'homme à homme. »

A la même séance de la Société de Médecine berlinoise, Kalischer déclare : « J'ai vu souvent un enfant attraper la maladie à l'école et la communiquer ensuite à tous les autres membres de sa famille. »

Kleist affirme également : « J'ai vu une série d'individus qui, pendant le jour, restaient ensemble dans des salles peu spa-

[1] *Semaine médicale*, 1889, pag. 471.

cieuses ; ils furent atteints de grippe l'un après l'autre. En rentrant chez eux, leurs femmes et leurs enfants contractèrent la grippe. Il me semble donc qu'il faut admettre un principe contagieux. »

Enfin, Nothnagel[1] : « On voit des familles dans lesquelles un des membres est pris d'abord, puis, presque en même temps, tous les membres de la famille sont atteints. Il semble que le premier ait introduit le contage dans la maison et que tous les autres en aient subi les atteintes du même coup. »

Je terminerai cette discussion par l'histoire de trois faits qui me paraissent absolument démonstratifs :

Voici d'abord une observation rapportée par Danguy des Déserts[2] : Le vaisseau-école *la Bretagne*, monté par 850 hommes d'équipage, se trouvait en rade de Brest avec 244 malades à bord depuis le 14 décembre. L'épidémie s'y est propagée de la façon suivante :

Le 11 décembre, un officier reçoit de Paris deux gros colis provenant de la maison Potin ; ce sont deux grandes boîtes entourées de copeaux de bois. Il déballe ses colis lui-même ; trois jours après, il est atteint. Le lendemain et le surlendemain, sa femme et ses trois domestiques sont frappés. — Ce sont les premiers cas survenus à Brest. — Cet officier vient à bord, le 14, et y passe vingt-quatre heures. Le 16, un cas est constaté chez un adjudant, et le 17 l'épidémie éclate, frappant de 20 à 45 hommes par jour. Les officiers et les sous-officiers atteints, autorisés à aller se soigner chez eux, communiquent la maladie à leurs familles.

N'est-on pas autorisé à dire qu'il s'agit là d'un fait typique d'envahissement par contagion ?

Le second exemple appartient à mon excellent confrère le Dr Bordone, de Frontignan ; je l'ai récemment communiqué à la *Semaine médicale* :

---

[1] *Bulletin médical*, 1890, pag. 30.

[2] *Semaine médicale*, 1890, pag. 5.

Un commerçant de Frontignan rentre de Paris le 15 décembre; il a été atteint en route et arrive en pleine grippe. — Le 17, il invite 10 personnes à savourer avec lui les provisions apportées de la capitale. — Le 19, sur les 10 convives, 5 sont atteints à leur tour, la maîtresse de maison, sa fille âgée de 5 ans, le premier employé et sa femme, le docteur de la famille. Le 18, l'amphitryon revient à son bureau, abandonné depuis quelques jours. Le 21, son deuxième employé, qui habite le village de Vic situé à quelques kilomètres et qui n'avait pas été convié aux agapes de son patron, est frappé également. Il reste chez lui quatre jours ; le cinquième, sa mère tombe malade. — Notez que, jusque-là, aucun cas n'avait été constaté à Vic ; avant le 15, rien n'avait été signalé à Frontignan. — A partir de ce moment, la diffusion est rapide ; le 24 décembre, on compte 15 ou 16 cas à Frontignan (l'épidémie procède par foyers successifs), et 5 ou 6 cas à Vic.

Le dernier fait est dû à l'obligeance de mon aimable confrère le Dr Vedel, de Lunel, et m'a été communiqué par son fils, externe distingué de nos hôpitaux:

Le 22 décembre, une jeune fille de 15 ans, habitant Lunel, est atteinte par l'épidémie; c'est, sinon le premier, du moins l'un des premiers cas constatés dans cette ville. Du 22 au 26, ses deux frères, âgés de 5 et 12 ans, et sa mère, âgée de 35 ans, sont pris à leur tour. Le père seul, âgé de 38 ans, est épargné ; tout au plus est-il légèrement courbaturé. Le 24, quatre personnes sur cinq étant alitées dans la maison, un ami habitant Vergèze (à 8 kilom. de Lunel) vient visiter la famille et séjourne chez eux environ deux heures. Rentré chez lui le soir du même jour, il est immédiatement et brusquement frappé. Le lendemain 28, sa femme, puis ses deux filles, âgées de 15 et 19 ans, sont atteintes. Enfin sa belle-sœur, habitant chez une autre malade du village et venue pour les soigner, est prise également. — Antérieurement, aucun cas n'avait été constaté à Vergèze; à partir de ce moment, l'épidémie s'y est répandue.

Tous ces faits, Messieurs, sont caractéristiques ; ils rendent la

contagion indéniable. C'est dans les villages, dans les agglomérations restreintes seulement, que des exemples aussi typiques peuvent être recueillis. Dans les villes, dans les grandes villes surtout, une enquête touchant le mode d'invasion d'une épidémie est plus difficile et sujette à des causes d'erreur plus nombreuses.

En somme, la démonstration me semble évidente et les conclusions suivantes me paraissent ressortir de l'analyse des faits :

1° La maladie actuelle est contagieuse ;

2° Elle possède une période d'incubation très courte.

Cela veut-il dire que la contagion soit le seul mode de propagation à invoquer ? En aucune façon. Une fois le germe importé et implanté par contagion, il peut ultérieurement se propager suivant d'autres modes, suivre des voies différentes pour se diffuser : l'air, l'eau, etc. Peut-être même a-t-il la faculté de pulluler, de proliférer dans ces divers milieux ? Tout ceci n'a rien de contradictoire avec la réalité de la contagion.

Et c'est ainsi qu'interviennent les conditions météorologiques, associées à la réceptivité individuelle, dans l'évolution de l'épidémie. Comme je le disais, il y a quelques jours [1] : « D'abord les conditions météorologiques, encore inconnues dans leur essence, rendent pathogènes les microbes de la maladie ; et ensuite l'homme, l'air et tous les objets servent de véhicules pour la diffusion de ces agents infectieux. Lorsque l'épidémie envahit un pays et s'y installe, comme en France, cela vient de ce que, d'un côté, l'agent infectieux a été porté de Russie, et que, de l'autre, les conditions météorologiques ont été favorables à la vie et à la pullulation du microbe ».

Cette restriction posée, on ne peut, ce me semble, contester que l'homme lui-même puisse servir de véhicule au contage.

Nous verrons plus loin si l'on peut préciser la nature de ce contage ; je résumerai devant vous les essais faits en vue de le déterminer.

---

[1] *Semaine médicale.*

III.

Vous vous rappelez le terrain parcouru dans les précédentes leçons. Je vous ai tracé à grands traits l'histoire clinique de la maladie actuelle; nous avons étudié ses symptômes et son évolution Vous savez qu'il s'agit d'une maladie populaire, d'une épidémie, dont nous avons suivi la marche et enregistré les étapes. Je crois enfin vous avoir démontré qu'elle est contagieuse et transmissible d'homme à homme.

Il faut maintenant rechercher sa nature et déterminer l'étiquette nosologique à lui appliquer.

Il y a quelques mois, quelques années surtout, le problème ne comportait ni difficulté ni hésitation aucune : on eût immédiatement nommé la grippe. Il n'existe, en effet, dans les ouvrages de pathologie interne traitant des maladies observées dans nos régions, aucun état morbide qui puisse être confondu avec cette affection.

Mais, depuis peu de temps, on a fait grand bruit autour d'une maladie des pays intertropicaux, que l'on nomme la dengue. Récemment, un professeur distingué de notre École française de Beyrouth publiait une étude remarquable sur la dengue en Syrie, et nous montrait cette maladie aux portes de l'Europe, menaçant le nord de la Méditerranée et la Cité phocéenne. Son Mémoire paraissait, en août, dans la *Revue de Médecine*, et en décembre l'Académie de Médecine pouvait prendre le Rapport présenté sur ce travail comme point de départ à sa discussion sur l'épidémie actuelle.

L'attention se trouvant ainsi attirée sur la dengue, on ne pouvait méconnaître une analogie frappante, une quasi-identité de symptômes, entre cette affection exotique et certains cas de la maladie régnante.

Si vous avez encore présents à la mémoire les premiers bulletins des journaux politiques qui, dès l'origine, ont signalé et décrit la maladie épidémique envahissant la Russie, vous devez vous rappeler que le nom de dengue a été prononcé tout d'abord.

La question n'est donc pas, aujourd'hui, aussi simple qu'autrefois. Le problème diagnostique s'impose ; nous ne pouvons proclamer la grippe sans discuter ses rapports avec la dengue.

A.

Pour étayer la discussion, pour vous donner une opinion raisonnée en une matière encore peu classique, je suis forcé, au préalable, de vous dire quelques mots de la dengue, de vous résumer l'histoire de cette maladie exotique. A défaut d'expérience personnelle, j'emprunterai ma description au Mémoire du professeur de Brun, qui constitue avec l'article de Mahé, dans le *Dictionnaire encyclopédique*, le principal document publié en France sur la question.

On donne le nom de *dengue*, ainsi que nombre de dénominations dont je vous fais grâce, à une maladie qui semble être née et avoir présenté un foyer initial dans les pays intertropicaux. Quelque temps limitée à ce foyer d'origine, l'affection s'est peu à peu étendue jusqu'au 34e degré de latitude Nord (Beyrouth), et a même poussé, dans le même hémisphère, quelques prolongements jusqu'au 36e degré (Malte, Gibraltar) et au 37e degré (Cadix). Nous retrouverons ces mêmes noms un peu plus loin, quand nous rechercherons les limites inférieures de l'épidémie actuelle.

D'un autre côté, la dengue est arrivée jusqu'à Philadelphie, New-York et Boston, par 40°, 41° et 42° de latitude Nord ; elle a donc atteint, dans ces régions, une latitude qui correspond à celle de notre frontière d'Espagne.

En résumé, la dengue proprement dite s'est positivement approchée de nous. Son extension jusqu'à nous n'est donc point, *a priori*, invraisemblable.

Quels en sont, maintenant, les symptômes ?

Je ne saurais mieux faire, pour vous en présenter le tableau, que de lire la page suivante empruntée au Mémoire de de Brun[1] :

« Quelquefois après un stade prodromique, souvent brusquement, apparaît le début de la dengue. Les douleurs caractéristiques de la maladie saisissent à l'improviste les victimes du mal, si soudainement que celles-ci n'ont, pour ainsi dire, que le temps de pousser le premier cri de souffrance, qui est en même temps le premier cri d'alarme arraché par la brutalité de l'attaque. Chaque patient est en quelque sorte immobilisé par les symptômes du début dans la position qu'il occupait quelques minutes auparavant. Celui-ci est surpris au milieu de ses occupations, celui-là au milieu de ses jeux ; hommes et femmes, adultes, enfants ou vieillards, tous peuvent payer leur tribut à cette fièvre singulière dont la violence de l'attaque les terrasse en quelques secondes ; et, si quelques-uns ont la force de se traîner sur leurs jambes jusqu'à leur domicile qui est à proximité, d'autres, en grand nombre, sont obligés de se faire transporter chez eux, incapables qu'ils sont, non seulement de se mouvoir, mais encore de se tenir debout. La plupart des médecins qui ont pu observer ces épidémies de fièvre dengue dans les pays chauds rapportent des faits singuliers qui démontrent bien la brutale instantanéité de l'invasion. On a cité des cas dans lesquels un indiv idu a été saisi pendant qu'il contrefaisait la marche des individus atteints de cette affection, et Twining rapporte avoir vu des gens saisis à l'improviste et sidérés au moment même où ils se félicitaient d'avoir échappé à la maladie.

»La douleur est un des éléments essentiels de la fièvre dengue. Elle siège principalement à la tête, aux genoux et aux lombes. Sa violence est grande, mais sa durée heureusement est courte. Au bout de vingt-quatre à quarante-huit heures, elle a le plus souvent disparu, ayant provoqué seulement une ou deux nuits d'insomnie.

---

[1] Art *Fièvre Dengue* du *Dict. encyclop.*

»En même temps que la douleur apparaît, la fièvre s'allume; souvent un frisson violent et prolongé ouvre la scène, et, en quelques heures, la température monte entre 39 et 40°. Pendant trente-six heures, elle se maintient à cette hauteur, puis, le plus souvent elle retombe, en moins de vingt-quatre heures, aux environs de la normale, soit au milieu de phénomènes critiques, diarrhée, sueurs, épistaxis, soit sans qu'aucun phénomène nouveau ait accompagné ou précédé cette brusque défervescence.

»Un des symptômes les plus constants de la dengue, celui qu'on retrouve dans presque toutes les descriptions, c'est l'embarras gastrique. En général, l'inappétence est complète, la langue est large, recouverte d'un enduit saburral ; l'haleine très fétide. Beaucoup de malades se plaignent de douleurs épigastriques.

»Dès le début de l'affection, mais souvent sur son déclin et parfois même au commencement de la convalescence, apparaît une éruption qui siège surtout à la face, au thorax et aux membres supérieurs, mais qui peut se généraliser à la totalité du corps. Cette éruption, dont les caractères varient suivant les cas, est en général suivie de desquamation.

»Si à cela on ajoute, d'une part une faiblesse extrême, un anéantissement absolu, le plus souvent hors de proportion avec les symptômes précédemment énumérés, d'autre part une convalescence longue, très longue, pendant laquelle l'inappétence, l'apathie et la débilité persistent avec une ténacité singulière, on aura une idée des principaux caractères de la fièvre dengue.»

Vous devez être frappés, Messieurs, par les analogies qui existent entre cette description et ce que je vous ai présenté comme le premier type de la maladie épidémique que nous traversons. Rapidité d'apparition ; — douleurs vives, de siège et d'intensité identiques ; — frissons, fièvre à ascension brusque et à évolution rapide ; — peu de durée de ces phénomènes initiaux ; — état gastrique ; — éruptions ; — convalescence traînante : voilà, ce me semble, une série de caractères cliniques communs aux deux maladies.

Il est donc tout à fait impossible de nier tout au moins une

parenté de forme entre les deux affections, et de dire, avec Leroy de Méricourt, que la dengue n'a rien de commun avec l'épidémie régnante. Je me suis cru, au contraire, autorisé à affirmer que la grippe actuelle était *une grippe à forme de dengue.*

Un autre argument en faveur de cette assimilation, c'est l'universalité des épidémies de dengue, parfaitement comparable à la généralisation de la présente épidémie. Écoutez, à cet égard, la description de de Brun :

« A Beyrouth, ville de près de 120,000 habitants, plus du tiers de la population a été certainement touché en moins de cinq mois. A un moment, on ne voyait autour de soi que des personnes atteintes d'*abou-rékab* ; la maladie sévissait sans distinction d'âge, de sexe ou de race. Enfants, adultes, vieillards, hommes et femmes, individus vigoureux ou cachectiques, Européens, indigènes, blancs ou noirs, tout le monde était frappé avec une remarquable égalité. Le riche était atteint comme le pauvre; le misérable, habitant de sordides masures dans les quartiers les plus malsains, le paludéen cachectique, n'étaient pas plus exposés que le bourgeois fortuné qui peut s'offrir le luxe du confort le plus parfait.

» Et ce qui est vrai pour Beyrouth est vrai également pour la plupart des localités qui ont été visitées par la fièvre rouge. « S'il nous fallait, dit Mahé, juger de l'intensité d'une maladie épidémique par son extension locale ou générale, par le nombre des atteints, la dengue occuperait souvent le premier rang, et toujours quand on considère l'ensemble de ses épidémies. C'est par plusieurs millions qu'il faut compter le nombre des individus qui furent frappés dans l'Hindoustan en 1872 ; l'épidémie de la Réunion parcourut l'île en trois mois, et, pour citer quelques chiffres, Cotholendy nous dit qu'à Saint-Louis, sur 35,000 habitants, 20,000 eurent la dengue ; sur 507 soldats, 320 ; sur 11 médecins de la marine, 9 furent atteints. Il en fut de même, en Cochinchine et en Chine, dans les localités visitées. Il en a été ainsi tout récemment dans la Basse-Égypte. En un mot, la dengue exige un tribut des plus onéreux, payable non en gravité, mais en nombre ». N'a-t-on pas vu, au Caire, l'é-

pidémie de 1887, dans l'espace de trois mois à peine, sur une population d'un demi-million d'habitants, en frapper les neuf dixièmes ; en 1878, à Ismaïlia, n'avait-elle pas atteint 1,800 personnes sur 2,000 habitants ; et Poggio ne nous affirme-t-il pas qu'elle toucha 14,000 personnes à Cadix en 1866 ? »

Cette universalité, cette généralisation constitue une donnée importante en faveur de l'analogie des deux maladies. Un autre caractère commun, de moindre importance, est la participation possible des animaux à l'épidémie. « Les animaux eux-mêmes, rapporte de Brun, bœufs, veaux, moutons, chiens, chats, n'échapperaient pas à la maladie, si l'on en croit les récits de Cristobal Cubillas. Pour ne citer que des faits relativement récents, Martialis affirme qu'elle a sévi dans l'Inde sur les vaches et les chevaux ; pareille observation a été faite récemment en Nouvelle-Calédonie. En général, les animaux frappés présentent une paralysie temporaire d'une ou plusieurs jambes, dont ils guérissent le plus souvent du troisième au quatrième jour. » L'épidémie régnante a présenté, en certains endroits, le même caractère ; à Lunel, par exemple, un certain nombre de chevaux semblent avoir participé à la maladie.

Donc, par ses symptômes, par sa généralisation, par son extension possible aux animaux, la dengue se rapproche de l'épidémie actuelle.

Et cependant, la maladie en présence de laquelle nous nous trouvons n'est pas la dengue, à mon sens du moins. A côté des ressemblances que je viens de vous indiquer, il existe, entre les deux affections, des différences notables qu'il s'agit maintenant d'étudier et de préciser.

Un point qui a dû vous frapper en écoutant la description précédente, c'est ce fait que, si la maladie dont nous nous occupons ressemble à la dengue, elle y ressemble en diminutif; le drame est moins bruyant, l'intensité des symptômes bien différente. Je parle en ce moment d'intensité et non de gravité, car le pronostic de la dengue est aussi bénin que celui de la grippe ; peut-être même la première est-elle sujette à moins de complications que notre maladie.

Le début de l'affection actuelle est brusque certainement, mais il y a loin de là à la sidération brutale qui caractérise l'invasion de la dengue ; on n'observe pas d'atteintes subites analogues à celle de cet individu instantanément frappé au moment où il imitait dans la rue la démarche d'un malade. De plus, les douleurs que nous observons sont moins vives, notamment ces douleurs dans les genoux, si caractéristiques de la dengue qu'elles ont servi d'étymologie à plusieurs désignations de la maladie (dengue, de dandy, mot espagnol ; abou rékab en Syrie).

Si donc nous avions affaire à la dengue, ce serait tout au moins une dengue atténuée.

Dès lors, une deuxième question se pose : Est-il possible, est-il admissible que nous soyons en présence d'une dengue atténuée ?

Bucquoy a récemment émis, devant l'Académie de Médecine, cette idée que la dengue, maladie de la zone intertropicale, peut se trouver modifiée et amoindrie par son passage dans les pays du Nord.

Proust a repoussé cette hypothèse, en alléguant que la dengue avait débuté à Constantinople vers la fin de l'été, qu'elle avait continué à se répandre lors des premiers froids, et que, dans le cours de deux saisons différentes, elle n'avait cessé de présenter des caractères absolument identiques.

La doctrine de Proust peut, à mon avis, être admise. Pour lui, la dengue ne saurait s'atténuer. Or la dengue atténuée existe ; il semble même établi que la dengue se modifie et s'atténue en remontant vers le Nord, en se rapprochant de nos régions.

D'ailleurs, le but du Mémoire de de Brun, dont je vous ai parlé à plusieurs reprises, n'est pas tant de décrire la dengue classique, maladie banale dans les pays chauds, que de faire ressortir les différences qui existent entre la dengue de Syrie et la dengue intertropicale, la première constituant une atténuation de la seconde.

La description que je vous lisais en commençant s'appliquait à la dengue intertropicale. Je cède, une fois encore, la parole à de Brun pour caractériser la dengue de Syrie :

« Cette affection a une marche aiguë, mais son évolution, quelque rapide qu'elle soit en Syrie, est bien loin de présenter la brusquerie d'allure de la dengue des pays intertropicaux. A Beyrouth, pas de ces attaques foudroyantes qui terrassent le malade et le précipitent par terre au milieu de la rue ; pas de ces douleurs dorsales et articulaires violentes au point d'arracher des cris au patient et survenant avec la rapidité de la foudre ; pas de ces températures excessives qui, s'élevant en quelques heures, d'un seul bond, aux environs de 42°, retombent brusquement à la normale après vingt-quatre ou trente-six heures.

»Dans les débuts les plus brusques, quelle que soit la violence du frisson initial, le malade a toujours le temps de rentrer chez lui et de se coucher. Très souvent, c'est après une nuit d'insomnie ou de cauchemars, de fatigue et de fièvre, que les signes de la maladie se déclarent . »

Si donc nous comparons notre maladie, non plus à la dengue des pays intertropicaux, mais à la dengue de Syrie, les différences entre les deux affections s'atténuent considérablement. — Le rapprochement est encore plus sensible si l'on compare l'épidémie actuelle à la dengue d'Égypte, décrite par M. le Dr Coguiard [1] :

« 1° La température, qui, d'après les relations d'épidémies antérieures et d'après ce que nous observions il y a deux ans, s'élève le plus ordinairement à 39°,5, 40° ou 41°, se maintient actuellement dans des limites beaucoup plus modérées, et ce n'est que dans le très petit nombre des cas que nous avons pu voir le thermomètre marquer 40° ; chez presque tous les malades, il donnait comme maximum 39°,5 ou 39°, le pouls restant en rapport avec ces élévations thermiques.

» 2° L'embarras gastrique, l'état saburral de la langue, les nausées, les vomissements, les crampes stomacales, sont infiniment moins marqués que lors de l'épidémie de 1887. Bien plus, chez le plus grand nombre des malades, tous ces phénomènes disparaissent au bout d'un jour ou deux, et il n'est pas rare, cette

---

[1] *Semaine médicale*, 1889, pag. 471.

année, de trouver tel sujet que l'on avait quitté la veille avec l'appréhension de voir les symptômes gastriques aller en s'accentuant, de le trouver, dis-je, le lendemain en tête à tête avec un substantiel déjeuner.

» Les phénomènes intestinaux sont nuls : pas de douleurs, pas de sensibilité à la pression sur aucun point de l'abdomen, sauf au niveau de la rate, qui présente assez souvent une hypertrophie assez prononcée ; pas de diarrhée ; en cela, pas de différences avec ce que nous observâmes il y a deux ans.

» 3° Les douleurs sont manifestement moins vives que lors de la dernière épidémie au Caire. Et, à ce propos, je dois signaler ce fait, qui m'avait déjà frappé il y a deux ans, à savoir: que, dans la dengue, la céphalalgie et la rachialgie sont de beaucoup plus fréquentes, beaucoup plus intenses aussi, que cette prétendue douleur dans les genoux qui a servi à désigner la maladie par les Arabes : ceux-ci l'appellent *Abou-Rébab* (maladie des genoux), appellation évidemment défectueuse, puisque le symptôme en question manque le plus souvent.

» 4° L'éruption, qui, il y a deux ans, s'observait assez fréquemment, est actuellement plus rare et plus fugitive. Je l'ai pourtant notée assez souvent pour ne conserver aucun doute sur la nature réelle de l'épidémie en cours. La desquamation est si peu apparente qu'il faut la chercher avec le plus grand soin pour en constater les traces.

» 5° Les phénomènes nerveux portant, soit sur les nerfs de la sensibilité générale, soit sur les autres (appareils de l'olfaction, de l'audition, de la vue), sont peut-être ceux qui diffèrent le moins, comme intensité, de ceux qui, en 1887, vinrent impressionner si désagréablement les 9/10 de la population du Caire. »

Lorsqu'on a pris connaissance d'une pareille description, il est impossible de nier, avec Proust, l'existence de certaines formes atténuées de la dengue. De toute évidence, il existe une dengue modifiée, amoindrie, et cette dengue est justement la dengue septentrionale, la forme observée dans les pays qui avoisinent et menacent le nôtre.

Donc, pour séparer nosologiquement l'épidémie actuelle de la dengue, il ne suffit pas de dire que le tableau clinique de la maladie régnante ne produit que la symptomatologie atténuée de la dengue ; cet argument ne suffit pas à prouver la distinction des deux maladies.

Sur quoi donc baserai-je cette distinction, puisque, vous le savez, je n'admets pas l'identité de nature des deux états morbides ?

Deux groupes de symptômes permettent, à mon avis, de séparer cliniquement les deux affections : ce sont, d'un côté les *éruptions*, d'un autre côté les *localisations respiratoires*.

1° Sans doute, au cours de l'épidémie actuelle, il nous a été donné d'observer quelques éruptions. On a décrit des exanthèmes scarlatiniformes ou rubéoliformes ; des rash, des urticaires, des érythèmes prurigineux, ont été signalés. Mais, en somme, quel petit nombre de manifestations éruptives, en comparaison du nombre immense de malades qui n'ont présenté aucune éruption! On peut poser en principe que la localisation cutanée de la maladie régnante est l'exception.

Au contraire, dans la *fièvre rouge*, l'éruption fait partie du tableau constant. «C'est, dit de Brun, l'un des symptômes les plus caractéristiques de la fièvre dengue». Et remarquez que l'auteur fait ici allusion à la forme de dengue observée en Syrie.

Beaucoup de malades ont même présenté deux éruptions, l'une prémonitoire, l'autre dans le cours ou au déclin de la maladie.

Les éruptions de la dengue, d'aspect variable, souvent polymorphes, rentrant le plus souvent dans le cadre des érythèmes, persistent en général au moins trois ou quatre jours ; quelquefois elles se prolongent pendant une semaine, et même davantage. A la fin, on observe habituellement une desquamation qui dure une à trois semaines et a pu permettre, dans certains cas, un diagnostic rétrospectif de la maladie.

De plus, cette desquamation présente un caractère que l'on ne trouve à un tel degré dans aucune fièvre éruptive ; elle s'accom-

pagne d'une démangeaison atroce qui persiste deux ou trois jours, s'exagère chaque nuit et provoque une insomnie des plus pénibles.

Le prurit acquiert souvent une intensité telle, que des malades qui s'étaient dispensés de consulter le médecin pour la maladie elle-même viennent le supplier de les débarrasser de cette complication.

Ce syndrome éruptif est trop complet, trop important pour qu'on puisse y voir un simple épiphénomène dans l'histoire de la dengue.

Voilà pour le premier caractère différentiel.

2° «Enfin, ajoute de Brun, et ce n'est pas là un des caractères les moins distinctifs de la dengue, jamais l'appareil respiratoire ne m'a offert le moindre symptôme qui ait pu attirer l'attention et qui vaille la peine d'être noté.»

Ici, le contraste avec notre maladie n'est-il pas décisif?

Nous avons vu, il est vrai, quelques cas exceptionnels dans lesquels la toux a fait défaut. Mais, dans l'immense majorité des faits, les symptômes respiratoires n'ont pas manqué. Si l'on ne tousse pas dans la phase fébrile de notre premier type, le plus souvent on tousse après, on tousse longtemps ; et la toux est pénible, quinteuse, fatigante.

Chez certains malades, cette toux est si remarquable, elle constitue si bien le phénomène dominant de l'affection que nous en avons fait la caractéristique de notre second type clinique.

Remarquez-le, ce second type n'a plus rien de commun avec la dengue, et pourtant, dans l'épidémie actuelle, il est d'observation fréquente.

Notez encore cette toux persistante du déclin de la maladie, de la période dite de convalescence, ces localisations multiples sur l'appareil respiratoire que nous décrirons au chapitre des complications. Vous serez forcé de conclure que tout cela constitue une barrière indéniable entre la maladie régnante et la dengue.

Tels sont, à mon sens, les deux caractères qui empêchent

d'identifier à la dengue la maladie régnante : les localisations cutanées sont la règle dans la dengue, elles constituent l'exception dans la maladie actuelle ; — les localisations respiratoires, habituelles dans l'affection que nous observons, font totalement défaut dans la dengue.

Il existe, enfin, un dernier argument qui, tout en séparant encore les deux états morbides, permettra d'établir entre eux certaines relations ; c'est, si je puis m'exprimer ainsi, un argument géographique. Il est tiré de la marche spéciale du contage, du mode de progression épidémique.

L'épidémie actuelle nous est venue du Nord ; la dengue serait venue du Midi.

La dengue a pour berceau la zone intertropicale, elle y a ses foyers sporadiques et endémo-épidémiques. Il existe deux foyers principaux : l'un en Amérique, l'autre dans notre hémisphère, sur les côtes baignées par l'océan Indien et la mer Rouge.

Partie de là, elle s'est diffusée de tous côtés, est remontée vers le Nord et a atteint les degrés de latitude indiqués plus haut.

La maladie actuelle, au contraire, est descendue du Nord. Elle vient si peu des régions constituant le domaine de la dengue, que la zone inférieure de la présente épidémie semble s'arrêter justement à la limite supérieure des pays atteints par la fièvre rouge. Les frontières des deux maladies se touchent, se confondent, mais elles ne se pénètrent et ne s'engrènent réciproquement qu'en des points très limités. C'est là un point sur lequel nous devons revenir ultérieurement.

Pour le moment, bornons-nous à conclure que la maladie actuelle présente, dans certains de ses types cliniques, la forme de la dengue, mais que, au point de vue du fond morbide, nosologiquement, ce n'est pas la dengue.

B

Nous venons d'établir qu'il existe positivement une ressemblance symptomatique entre la dengue et certaines formes de la maladie actuelle. Mais je crois vous avoir également prouvé, par des arguments péremptoires, que nous n'avons pas affaire à la dengue.

Je suis heureux d'ajouter que, le lendemain du jour où vous entendiez ces déclarations, je lisais dans le *Bulletin médical* une leçon de M. Péter, tirant, au même moment, des conclusions identiques d'arguments tout à fait analogues. L'auteur (et l'on n'est pas fâché de citer à l'appui d'une conviction personnelle des hommes de cette valeur) se déclare, en outre, partisan résolu de la contagion. Pareille opinion est également formulée par Spillmann (de Nancy)[1].

Puisque nous refusons l'étiquette nosologique de dengue à la maladie qui nous occupe, il s'agit maintenant de prouver que c'est avec la grippe qu'elle offre les affinités les plus étroites.

Qu'est-ce, tout d'abord, que la *grippe?*

Il faut se méfier du sens affecté par le vulgaire à ce mot. Lorsque, au cours de l'hiver, on contracte un rhume banal ou une bronchite, il est de bon ton de se dire grippé. C'est là un abus ; on ne peut donner le nom de grippe à ces manifestations saisonnières.

Certains hivers, certains printemps, sont exceptionnellement féconds en rhumes, en bronchites. Ce n'est point encore la grippe, et l'on ne doit accuser que la constitution médicale catarrhale.

Vous connaissez, Messieurs, la doctrine des constitutions médicales saisonnières. Vous savez que les anciens, surtout ceux qui écrivaient à Montpellier, avaient constaté, en observant l'évolution des saisons au point de vue médical, qu'il existe, pour chacune, une constitution médicale spéciale, c'est-à-dire une tendance plus ou moins grande à la réalisation de certaines ma-

---

[1] *Gazette hebdomadaire*, 1890.

ladies, de nature ou de forme spéciale. Ils avaient décrit les fièvres d'été, les fièvres bilieuses, qui sont considérées aujourd'hui comme des formes, variables quant à leur intensité, de la fièvre typhoïde. Il y avait aussi des fièvres d'hiver ou de printemps, dont l'ensemble constituait ce qu'ils appelaient la fièvre catarrhale.

Il m'a paru important de vous rappeler ces notions pour éviter une confusion fâcheuse.

Le mot de catarrhe n'a plus en effet, aujourd'hui, le sens qu'on lui attribuait autrefois. De nos jours, il s'applique à un processus anatomique, à un état particulier des muqueuses qui, tout en faisant partie de l'état catarrhal des anciens, n'en constituait qu'un élément. L'état catarrhal de nos pères et le catarrhe actuel s'écartent autant l'un de l'autre que la fièvre, état spécial caractérisé par l'augmentation de la fréquence du pouls et l'élévation de la température, diffère des diverses fièvres formant espèces nosologiques.

La fièvre catarrhale peut exister sans catarrhe des muqueuses et se traduire exclusivement par de la fièvre, de la céphalalgie, de la courbature. Le catarrhe, au contraire, pris dans le sens moderne, ne peut se concevoir sans modification des membranes muqueuses, et cette altération locale peut exister indépendamment de toute participation de l'état général.

La fièvre catarrhale, dans l'acception ancienne du mot, offre de grandes analogies avec la grippe.

On peut même dire que les affections catarrhales sont la représentation endémique ou sporadique de la grippe, celle-ci constituant une manifestation épidémique et pandémique.

Cette conception est une œuvre montpelliéraine, on la retrouve dans tous les traités de pathologie générale de nos pères. Elle est exposée en détail dans la monographie de l'affection catarrhale de Fuster.

On ne saurait mieux comparer les rapports qui unissent l'affection catarrhale et la grippe qu'aux relations existant entre le choléra nostras et le choléra indien. La première de ces affections est endémique, on n'en peut déterminer le transport par

contagion, elle paraît en rapport avec certaines modifications atmosphériques ; — le choléra vrai peut être défini sans hésitation : une affection épidémique et contagieuse.

Il faut réserver le nom de grippe aux cas dans lesquels l'affection saisonnière prend des proportions inusitées, se transforme en une maladie générale, universelle, prend, en un mot, les allures d'une grande épidémie populaire.

L'un des caractères les plus importants de l'affection catarrhale, lorsqu'elle se présente sous la forme de maladie épidémique, c'est l'immixtion et la prédominance de l'élément nerveux.

En somme, les deux grandes différences qui séparent la grippe du catarrhe épidémique, de l'affection catarrhale saisonnière, sont : la généralisation de la maladie et l'importance des troubles nerveux.

Ces divers caractères n'ont pas été suffisamment soulignés dans la plupart des définitions que les divers auteurs ont consacrées à la grippe.

Gintrac[1] la définit : « une affection catarrhale épidémique caractérisée par une congestion ou une phlegmasie des muqueuses nasale, pharyngienne et laryngo-bronchique, avec mouvement fébrile plus ou moins intense, céphalalgie gravative, douleur contusive des membres et affaiblissement général ».

Cette définition, dont chaque terme pris à part est exact, fait une part trop considérable à la congestion et aux manifestations inflammatoires du côté des muqueuses.

Dieulafoy[2] donne une définition un peu moins précise ; pour lui, il s'agit d'« une affection catarrhale essentiellement épidémique, qui intéresse surtout l'appareil respiratoire, et qui présente en outre des symptômes dont les caractères et l'intensité sont variables suivant les épidémies ».

Je n'essayerai pas de vous soumettre, à mon tour, une définition, et me bornerai à vous énumérer les caractères constitutifs de la grippe :

---

[1] *Nouveau Dictionnaire de Médecine et Chirurgie pratiques.*
[2] *Pathologie interne.*

1° C'est une maladie catarrhale au sens ancien du mot (le catarrhe des muqueuses, avec l'affectation moderne, n'étant ni constant ni indispensable) ;

2° Elle constitue une maladie épidémique à diffusion extrême ;

3° Les localisations respiratoires sont fréquentes ;

4° L'élément nerveux est très marqué [c'est là un caractère clinique de premier ordre que vous avez vu nettement prédominer dans l'épidémie actuelle] ;

5° L'action sur les forces est évidente ;

6° La bénignité et la courte durée de la maladie considérée en elle-même contrastent avec la gravité des complications et la lenteur de la convalescence.

Aucune affection ne dure aussi peu que la grippe, puisque cette durée ne dépasse pas, en général, trois ou quatre jours ; — peu de maladies ont une convalescence aussi lente, puisque actuellement, à la fin de janvier, nous avons encore l'occasion de traiter les suites de bon nombre de grippes contractées en décembre.

Vous trouverez dans la plupart des Traités de pathologie la nomenclature des épidémies de grippe qui ont été observées depuis 1580 jusqu'à nos jours.

Je désire d'autant moins insister sur l'histoire de cette affection, que mon collègue M. Carrieu vient d'y consacrer, dans son cours, quelques leçons fort intéressantes.

Sans empiéter sur la pathologie interne et tout en restant dans le domaine de la clinique, je puis vous fournir, à l'appui de la thèse que je soutiens — l'épidémie actuelle est bien une grippe, — un argument décisif. Cette preuve est tirée d'un document qui appartient à cet enseignement à un double titre : d'abord parce qu'il émane d'un de mes prédécesseurs dans cette chaire ; en second lieu parce qu'il a été publié à Montpellier. C'est un Rapport adressé, en 1841, par Caizergues (Louis Barre était alors son chef de clinique) au Ministre de l'Agriculture à l'occasion de l'épidémie de 1837 [1].

---

[1] Caizergues ; Rapport présenté à M. le Ministre des Travaux publics, de l'Agriculture et du Commerce, sur l'épidémie vulgairement connue sous

On m'accusera peut-être d'un chauvinisme exagéré ; mais il me semble plus facile et plus rationnel, pour établir l'identité de la maladie régnante avec la grippe, de puiser ma démonstration dans des faits observés ici même.

Dans son travail, qui est un modèle de description clinique, Caizergues rappelle tout d'abord que la dénomination de grippe date de 1743, et qu'elle a été appliquée pour la première fois par Sauvages, de Montpellier, au catarrhe épidémique qui régna en France à cette époque.

Ce fut vers le 20 janvier 1837 que l'épidémie éclata à Montpellier. Les premiers malades atteints (des militaires) entrèrent à l'hôpital le 25 février. Du 25 février au 5 mars, la grippe s'étendit à toute la population. Le 10 mars, la maladie atteignait son apogée. A partir de ce moment, le nombre des malades diminua d'une façon progressive ; fin mars, on n'observait plus que des cas assez rares ; tout était enfin terminé dans la première quinzaine d'avril. Mais, en même temps que le nombre des malades s'atténuait, la gravité de la maladie devenait plus considérable, et, dans ce même mois d'avril, on voyait succéder à la grippe des fluxions de poitrine plus graves et plus funestes que d'habitude.

Rien n'est plus instructif que de comparer cette épidémie à celle que nous venons d'observer. La date du début n'est pas la même ; mais, à part cette différence, l'analogie est frappante. Le mode de propagation, l'évolution, la durée, sont identiques.

Notre épidémie a débuté aux environs du 20 décembre (en 1837, c'était, avons-nous dit, le 20 février); — elle atteint son apogée dans les premiers jours de janvier, comme la précédente l'avait présenté au commencement de mars ; — elle subit vers la fin de janvier une atténuation très sensible, tout à fait comparable à la diminution, fin mars, de l'ancienne épidémie ; — enfin, dans les deux cas, des fluxions de poitrine graves marquent le terme de cette évolution.

---

le nom de Grippe, qui a régné à Montpellier en 1837. Montpellier et Paris, 1841.

La diffusion et la généralisation de l'épidémie en 1837 ne le cèdent en rien à ce que nous avons observé : « Il y a eu, dit Caizergues, très peu de familles dans lesquelles la presque totalité de leurs membres n'ait pas été malade. Les établissements publics, le collège royal, le séminaire, les pensionnats, les couvents, les écoles, ont été entièrement et rapidement envahis... On a vu, après une promenade militaire faite par un de ces régiments, le temps étant très froid, près de deux cents de ces soldats être pris de la grippe et obligés de garder la chambre... Elle a affecté un si grand nombre de sujets que, dans certaines familles, tous les individus et même les domestiques ayant été atteints à la fois, on y a manqué des secours les plus nécessaires à la vie .. On doit ajouter que le nombre des malades était si grand qu'il était plus aisé de compter ceux qui ne l'étaient pas que ceux qui l'étaient. »

N'est-ce pas là, textuellement, le tableau complet de la maladie actuelle ?

Cette fois encore, l'épidémie avait pris naissance dans les régions septentrionales. D'après Brochin [1], dont les renseignements touchant la progression épidémique semblent plus précis que ceux de Caizergues, elle était partie de Londres vers la fin de l'année 1836, avait gagné Paris dans les premiers jours de 1837, puis s'était diffusée du côté de l'Ouest, et avait principalement atteint Montpellier vers le milieu de février.

Remarquez, Messieurs, combien plus rapide a été l'extension de la présente épidémie. Ne vous semble-t-il pas y avoir un rapport direct entre cet envahissement précoce et le perfectionnement toujours croissant des moyens de transport ?

Pour ce qui est de la contagion, Caizergues, appliquant l'ancienne idée de l'École de Montpellier, d'après laquelle la contagion serait une qualité que les maladies peuvent prendre dans certains cas sans l'avoir nécessairement toujours, professe que « la grippe n'a pas le plus souvent la propriété de se transmettre par contagion »... « Mais, ajoute-t-il, elle s'est rencontrée parfois avec le concours de certaines circonstances qui ont développé en

---

[1] Art. *Catarrhe* du *Dict. encyclop.*

elle un principe contagieux ; alors on a pu la voir se communiquer d'un individu à un autre et réunir ainsi le double caractère épidémique et contagieux ».

Voilà déjà un certain nombre de considérations grâce auxquelles l'analogie entre l'épidémie actuelle et la grippe de 1837 paraît nettement établie. Même marche de la maladie dans les deux cas, même durée, même généralisation.

Le tableau symptomatique de la grippe de 1837 complétera ma démonstration, dont il sera d'ailleurs le fondement.

Voici une description saisissante de la maladie, empruntée à l'ouvrage de Caizergues:

« La grippe débutait ordinairement, aux heures du soir, par des frissons vagues et irréguliers, alternant avec des bouffées de chaleur, et se manifestait ensuite par des lassitudes et des douleurs dans les membres, qui étaient comme brisés; de la pesanteur de tête, de la rougeur, avec larmoiement des yeux ; des éternuments fréquents, avec coryza et écoulement par le nez d'un liquide séreux abondant ; de l'enrouement, avec douleur à la gorge, de la toux, etc. ; le pouls était petit, serré et fréquent.

» Il y avait alors une céphalalgie très forte, un sentiment d'inquiétude et d'angoisse générales, avec une grande prostration des forces, difficulté et même impossibilité de se mouvoir ; la face offrait un caractère particulier de souffrance, elle était resserrée et grippée, comme on dit vulgairement ; des douleurs vives se faisaient ressentir aux épaules, aux reins, aux cuisses, et souvent dans toutes les articulations. Le mal de gorge était violent ; il y avait dysphagie, avec une excrétion très incommode, par les *fauces* et la bouche, d'une quantité excessive de matières, tantôt séreuses, tantôt muqueuses et épaisses.

» La toux était vive et fréquente, elle avait un son particulier et quelque chose de spasmodique ; elle revenait par quintes et excitait des douleurs vives dans la région épigastrique et dans les hypochondres ; d'abord sèche, elle était suivie, vers la fin de la maladie, d'une expectoration de matières muqueuses plus ou moins épaisses ; les crachats n'ont été ni visqueux ni mêlés de sang.

» Les malades éprouvaient un sentiment de constriction dou-

loureuse dans la cavité thoracique, plus sensible dans sa région sternale. La dyspnée était grande ; cependant la percussion de la poitrine donnait un son normal, et l'auscultation ne faisait découvrir aucun signe de lésion des organes qu'elle contient ; l'on ne percevait le plus souvent qu'un léger râle muqueux.

» Le pouls, qui au début était petit et serré, prenait du développement et de la force, mais rarement de la dureté.

» Le type de la fièvre était continu rémittent, et ses exacerbations se faisaient le soir et duraient toute la nuit.

» Le sommeil manquait, ou il était troublé par des rêves pénibles et une grande agitation.

» La peau était tantôt chaude et sèche, tantôt humide et couverte d'une sueur passagère qui disparaissait au moindre déplacement dans le lit.

» Je n'ai vu qu'une seule fois l'habitude du corps se couvrir d'un exanthème miliaire très abondant. Cette maladie exanthématique fut une complication et n'offrit rien de critique ; elle suivit ses périodes ordinaires et se termina par la chute de l'épiderme en plaques très étendues.

» La langue était ordinairement humide, molle et recouverte d'un enduit blanchâtre ou jaune, elle ne fut jamais rouge et sèche; la bouche était pâteuse, mauvaise et parfois amère ; il y avait anorexie et dégoût pour toute espèce d'aliments ; la soif n'était pas vive.

» La constipation était le plus souvent opiniâtre.

» L'urine était rare, rouge et avait un sédiment briqueté ; parfois elle était abondante et claire, et, sur la fin, elle présentait un dépôt de matière blanche et homogène. »

Et plus loin :

« La grippe se terminait le plus souvent par des sueurs copieuses et générales, et quelquefois par des selles de matières plus ou moins liées. Elle laissait toujours après elle une très grande faiblesse et un sentiment de mélancolie et d'abattement moral que l'on ne pouvait s'expliquer.

» L'inappétence allait jusqu'au dégoût pour tous les aliments; l'amertume de la bouche et la difficulté des digestions se faisaient

observer longtemps encore après la cessation entière de la maladie, et les organes ne se rétablissaient qu'à la longue de l'état de langueur et d'atonie dont ils avaient été frappés.»

Cette citation, bien qu'un peu longue, présente un intérêt capital, une importance décisive : il est difficile de condenser en moins de mots un tableau plus net. Il est impossible, en rapprochant cette description de ce que nous avons observé, de nier l'identité nosologique de l'épidémie actuelle avec ce que Caizergues appelle l'épidémie nervoso-catarrhale de 1837.

Tout au plus peut-on dire que l'élément catarrhal a été un peu plus intense dans l'épidémie de 1837.

Donc, en restant sur le terrain clinique, en nous appuyant sur ce document précieux issu d'un clinicien montpelliérain, *nous pouvons affirmer que la maladie régnante est bien la grippe.*

Avons-nous, par cette déclaration finale, épuisé la question et faut-il jeter la dengue par-dessus bord ? Faut-il établir une ligne de démarcation absolue entre la dengue et la grippe ?

Je ne le crois pas.

Lorsqu'on vient de lire l'histoire de la fièvre rouge, et lorsqu'on la compare à la maladie que nous observons, l'esprit est hanté par les analogies frappantes qui, au point de vue symptomatique, rapprochent les faits constituant notre premier type de certaines formes de dengue. Des deux côtés on voit, en outre, une diffusion, une généralisation, une universalité identiques. De plus, il est curieux de constater que les deux maladies, dont l'une vient du Nord et l'autre émane du Sud, règnent dans des zones différentes. Elles ne se superposent jamais, et leurs domaines affleurent, se touchent, sans se pénétrer d'une manière bien nette.

On est tenté, en réfléchissant à tout cela, de conclure que les deux maladies, grippe et dengue, pourraient bien avoir entre elles quelque parenté nosologique.

Leurs différences symptomatiques, très nettes et très réelles, comme nous l'avons établi, tiendraient plutôt à leur siège différent, aux climats opposés dans lesquels on les observe, qu'à leur nature proprement dite.

Autrement dit, on est porté à supposer que la dengue et la grippe appartiennent, sinon à une même espèce nosologique, du moins à une même famille morbide. La dengue serait la grippe des pays chauds, et la grippe serait la dengue des régions septentrionales : la première possédant son foyer initial dans la zone intertropicale, la seconde ayant pour point de départ les régions polaires. Toutes deux représenteraient la grande *influenza*, avec sa diffusion universelle et la variété de ses aspects morphologiques.

Cette manière de voir, que je ne suis pas le premier à émettre, me paraît séduisante ; elle semble concilier la plupart des objections que comporterait une solution exclusive.

Je reconnais, du reste, que c'est là une pure hypothèse. Quelque rationnelle qu'elle paraisse, cette conception manque d'une consécration définitive. Permettez-moi d'espérer que cette interprétation fixera tout au moins dans vos esprits les faits cliniques qu'elle consacre.

IV.

Le *diagnostic* de l'épidémie, prise dans son ensemble, n'est nullement difficile. Il est impossible de confondre une épidémie de grippe avec autre chose que la dengue, et nous avons suffisamment insisté sur ce point délicat pour n'y point revenir. A part la dengue, aucune affection ne présente les mêmes caractères d'universalité, de bénignité et une aussi courte durée des cas dépourvus de complications.

Pendant l'épidémie, le diagnostic des cas particuliers est encore facile. On doit, à mon avis, se défendre surtout, dans ces circonstances, de l'exagération, de la tendance presque inévitable à voir partout la maladie régnante et à lui tout attribuer.

C'est seulement au début de l'épidémie, alors que la constitution médicale ne s'est pas encore bruyamment affirmée, que l'hésitation est possible.

Notre premier type peut être confondu, dans ces conditions, soit avec une fièvre éruptive, soit avec une fièvre intermittente.

Les *fièvres éruptives* présentent, comme la grippe, un début brusque et une ascension thermométrique rapide ; l'état général

est atteint dans les deux cas, et l'apparition d'une éruption ne peut servir de criterium diagnostique. Mais, en dehors de ces caractères et en même temps que ces symptômes, il y a les signes propres à la période d'invasion de chaque fièvre éruptive : la rachialgie, le pouls lent dans la variole ; — le catarrhe généralisé des muqueuses dans la rougeole ; — l'angine spéciale dans la scarlatine.

La brutalité de l'invasion, l'énergie des symptômes, l'élévation rapide et intense de la température, l'existence d'intervalles d'apyrexie, rapprochent également la grippe de la *fièvre intermittente*. Mais, dans les manifestations aiguës du paludisme, le frisson est plus net, les divers stades sont en général mieux tranchés ; les antécédents du sujet servent, en outre, à établir l'existence d'accès antérieurs ou tout au moins le séjour dans un milieu marémmatique ; enfin, l'évolution ultérieure affirme, à bref délai, le diagnostic.

On a insisté sur la confusion possible avec la fièvre typhoïde. Au cours de l'épidémie actuelle et dans notre région, pareille difficulté ne paraît pas s'être posée ; le début brusque, presque subit, qui caractérise la grippe, n'est guère dans les allures de la dothiénentérie.

Notre second type ne peut guère être confondu qu'avec la *bronchite simple*. Il en diffère par les caractères de la toux, sur lesquels j'ai suffisamment insisté ; cette toux quinteuse, déchirante, coqueluchoïde, ne s'accompagne, vous le savez, d'aucun signe stéthoscopique dans la première période.

Le troisième type enfin (type gastro-intestinal) présente partiellement le tableau de l'embarras gastrique fébrile, ou apyrétique, et même des affections cholériformes. Le diagnostic se fera en tenant compte des circonstances ambiantes et de l'état des forces ; on se rappellera que l'affaissement, la lassitude, la prostration caractérisent toutes les manifestations de l'épidémie actuelle.

On le voit, la question de diagnostic ne donne pas lieu à de grandes difficultés. Le problème du *pronostic* est-il aussi facile à résoudre ?

On peut, dès l'abord, poser en principe que la grippe, prise en elle-même et dans ses formes habituelles, a une *durée courte* et un *pronostic bénin*.

Si l'on considère le nombre immense d'individus qui ont été atteints, la formule est rigoureusement exacte. Songez à l'énorme quantité de personnes qui, au bout de trois ou quatre jours à peine, ont pu reprendre leurs occupations, et vous aurez une idée générale de la bénignité de la maladie.

Privée de cette bénignité et de son caractère de brièveté habituelle, l'épidémie eût constitué, par sa généralisation même, un désastre public, une catastrophe épouvantable. Grâce à l'aménité de ses formes ordinaires, on a pu, au contraire, envisager sans inquiétude cette immense extension. Avec une dose moyenne de philosophie, chacun a supporté sans trop de peine les inconvénients de la situation : on s'est facilement passé de sa cuisinière durant quelques jours, et l'on a reçu, avec un léger retard dans leur distribution, un nombre un peu plus restreint qu'en temps ordinaire de cartes de nouvel an.

Mais si la formule s'applique au plus grand nombre, il n'en est pas de même pour tous. A côté d'une première catégorie de malades qui ont guéri, et rapidement guéri, il existe une deuxième série de faits dans lesquels la guérison a été suivie d'une convalescence pénible et prolongée ; enfin, dans une troisième catégorie, on peut ranger des cas mortels.

L'histoire des *convalescences traînantes* offre beaucoup d'intérêt, et un intérêt actuel. Ce sont en effet, aujourd'hui, les cas d'observation les plus fréquents ; nous sommes littéralement envahis, en clientèle, par la multitude des valétudinaires qui ne peuvent arriver à un complet rétablissement.

L'abattement, la diminution des forces, constituent, d'une manière à peu près constante, un caractère commun à toute cette catégorie de convalescents. Ces malades, dont l'affection aiguë s'est bien vite dissipée, ne peuvent arriver à comprendre qu'ayant été si légèrement atteints ils soient devenus si faibles. Beaucoup viennent consulter le médecin pour ces phénomènes de convalescence, alors même qu'ils ne l'ont pas fait appeler durant la

période d'acuité ; ils se plaignent de vertiges, d'éblouissements, d'adynamie, de lassitude ; ils sont fatigués, essoufflés après la moindre marche ; un effort les met en sueur ; enfin le dégoût du travail, l'inaptitude à aucune opération intellectuelle, sont la règle.

En dehors de ces manifestations communes, il existe, relativement à la nature des phénomènes prédominants, un grand nombre de types de convalescence. On peut dire, en thèse générale, que le tempérament, les antécédents de chacun, interviennent puissamment pour fixer le sens et la direction des phénomènes.

Dans la phase aiguë, le tempérament n'a pu exercer une influence aussi importante. Certainement, on lui doit l'exagération de certains symptômes : un nerveux délirera plus facilement, un catarrheux toussera plus qu'un autre ; mais il n'y aura là rien de frappant. La note propre de la maladie sera assez marquée, assez forte pour dominer la scène et imprimer à l'affection son grand caractère d'acuité, quel que soit le tempérament du sujet.

Mais, quand la phase aiguë a disparu, le tempérament de chacun se montre à nouveau, stimulé et aiguisé par la maladie elle-même.

C'est un peu l'histoire de la tuile qui, dans sa chute, casse une jambe à deux passants ; tous deux guériront également ; mais l'un d'eux, s'il est rhumatisant, éprouvera ultérieurement, lors des variations atmosphériques, des douleurs au niveau de son cal ; l'autre, exempt de diathèse, ne ressentira plus aucune souffrance une fois la consolidation terminée.

Il en est de même en matière de convalescence ; le fait a été noté dans toutes les épidémies de grippe, la démonstration a été des plus nettes dans l'épidémie actuelle. Chacun intervient avec son habitus morbide spécial ; la partie la plus faible est mise en jeu et exaltée, surtout si la convalescence traîne.

De la sorte, on peut observer, grâce à la diversité des tendances individuelles, une variété innombrable de formes de convalescence. Il y a le type du tousseur (depuis bientôt un mois

j'appartiens à cette catégorie), le type du dyspeptique, celui du diarrhéique, le type malheureusement fréquent du névralgique. D'autres espèces sont constituées par les rhumatisants et les migraineux. Ces derniers voient survenir des crises de migraine fréquentes et prolongées, quelquefois subintrantes, alors qu'à l'état normal elles se succédaient à intervalles éloignés. — Certains sujets, enfin, présentent des manifestations sudorales d'une intensité exceptionnelle.

Je n'insiste pas davantage; ces exemples suffisent à vous prouver combien sont différents les accidents de la convalescence et quelle difficulté on éprouverait à en tracer un tableau d'ensemble.

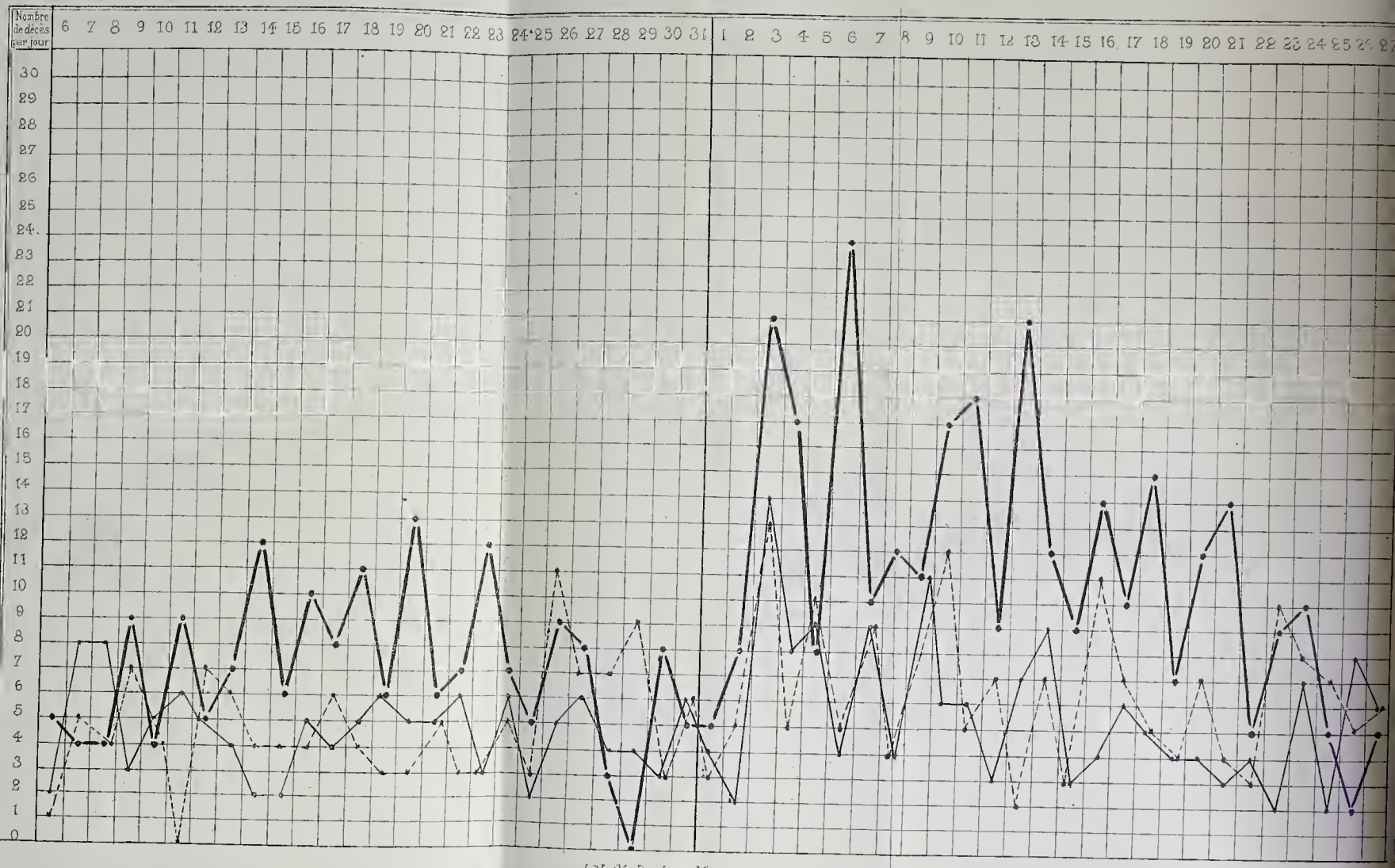
Dans cette deuxième catégorie de cas, la maladie se prolonge beaucoup plus longtemps que dans la première; elle guérit, mais elle traîne en longueur. Le pronostic reste bénin, mais on ne peut plus dire que la durée soit courte.

La troisième catégorie comprend les individus, atteints de la grippe, qui meurent.

La grippe, nous l'avons vu, ne tue pas par elle-même; cependant on meurt beaucoup cette année; la mortalité s'est considérablement accrue ces derniers temps en particulier, et l'on peut poser en principe que l'on meurt davantage au cours des épidémies de grippe.

L'un de nos externes les plus zélés, M. Houël, a bien voulu aller, sur ma demande, relever, dans les bureaux de l'état civil, le chiffre des décès quotidiens durant les mois de décembre et janvier, pour cette année et les deux précédentes; à l'aide de ces matériaux, il a dressé les courbes que je vous présente, et qui me paraissent tout à fait instructives.

Un coup d'œil rapide jeté sur ces tracés superposés vous montre bien vite que les courbes de 1888 et 1889 sont parfaitement comparables; elles s'enchevêtrent, se dépassent à peine dans un sens ou dans l'autre et se fusionnent à certains moments. — La courbe de cette année s'écarte, au contraire, beaucoup des précédentes; partie du même point, elle se détache bientôt des deux autres pour affirmer une mortalité bien plus considérable.



Lith. Ch. Boehm Montpellier.

Vous voyez la courbe de cette année confondue avec les deux autres dans la première moitié de décembre. Vers le 12 décembre, le tracé s'élève au-dessus de la représentation graphique des années précédentes, affirmant une mortalité plus élevée; puis une accalmie survient, et la mortalité retombe à la normale. Dans cette première période, ce sont les faibles, les diathésiques, les constitutions tarées, qui ont payé leur tribut.

En janvier, l'exagération de la mortalité sous l'influence de la maladie reparaît de la façon la plus nette; la courbe monte et atteint un maximum correspondant à 24 décès par jour, alors que la mortalité moyenne à Montpellier oscille entre 6 et 7 décès. Puis, au bout d'un espace de temps assez court, la courbe redescend; actuellement, fin janvier, elle est de nouveau intriquée avec les deux autres.

Ces tracés me semblent parfaitement démonstratifs; ils mettent tout à fait hors de doute l'influence de la maladie actuelle sur la mortalité.

Si, à côté de ce tableau d'ensemble, on compare chacun des chiffres représentant les décès quotidiens de cette année à ceux des années précédentes, l'action de l'épidémie est tout aussi nette[1].

Vous le voyez : en décembre, le chiffre des décès quotidiens a dépassé, et de beaucoup, la moyenne antérieure. En janvier, la différence s'est encore accentuée; à partir du 12 et jusqu'au 24, la mortalité quotidienne s'est élevée au-dessus du chiffre représentant la somme des décès des deux années précédentes : le 13 janvier, par exemple, nous avons eu autant de décès, et 6 en plus, qu'en réunissant les chiffres de 1888 et 1889; le 14, 2; le 13, 5, etc. Le 21, le total a été surpassé de 13; enfin, le 25, le pair était atteint (304 décès de part et d'autre). Maintenant que tout est rentré dans l'ordre, le rapport mutuel demeure stationnaire.

---

[1] Voir les tableaux ci-après : le chiffre inscrit en face de chaque jour représente la somme des décès depuis le 1er du mois jusqu'à ce jour.

DÉCEMBRE

	1887	1888	Moyenne	1889	Excédent de mortalité
	—	—	—	—	—
1	6	6	6	4	
2	8	8	8	13	5
3	11	14	12.5	18	5.5
4	16	20	18	23	5
5	21	25	23	33	10
6	22	27	24.5	38	13.5
7	27	35	31	42	11
8	31	43	37	46	9
9	38	46	42	55	13
10	42	51	46.5	59	12.5
11	42	57	49.5	68	18.5
12	49	62	55.5	73	17.5
13	55	66	60.5	80	19.5
14	59	68	63.5	92	28.5
15	63	70	66.5	98	31.5
16	67	75	71	108	37
17	73	79	76	116	40
18	77	84	80.5	127	46
19	80	90	85	133	48
20	83	95	89	146	57
21	88	100	94	152	58
22	91	106	98.5	159	60.5
23	94	109	101.5	171	69.5
24	99	115	107	178	71
25	102	116	109	183	74
26	113	121	117	192	75
27	120	127	123	200	77
28	127	131	129	203	74
29	136	135	135.5	203	67.5
30	139	138	138.5	211	72.5
31	145	144	144.5	216	71.5

Il est donc impossible de nier que la maladie régnante n'ait tenu sous sa dépendance une notable exagération de la mortalité.

Ce n'est point là un fait isolé, exclusivement en rapport avec l'épidémie actuelle.

L'épidémie de 1837, qui présente avec la nôtre de si remarquables analogies, lui est encore comparable à ce nouveau point de vue.

Caizergues a comparé la mortalité de l'année 1837, durant les trois mois où a sévi l'épidémie (février, mars et avril), à

JANVIER

	1888	1889	Moyenne	1890	Excédent de mortalité
	—	—	—	—	—
1	3	4	3.5	5	1.5
2	8	6	7	13	6
3	21	20	20.5	34	13.5
4	26	28	27	51	24
5	36	37	36.5	59	22.5
6	41	41	41	83	42
7	50	50	50	93	43
8	54	54	54	105	51
9	62	65	63.5	116	52.5
10	74	71	72.5	133	60.5
11	79	77	78	151	73
12	86	80	83	160	77
13	88	87	87.5	181	93.5
14	95	96	95.5	193	97.5
15	98	99	98.5	202	103.5
16	109	103	106	216	110
17	116	109	102.5	226	113.5
18	121	114	117.5	241	123.5
19	125	118	121.5	248	126.5
20	132	122	127	260	133
21	136	125	130.5	274	143.5
22	139	129	134	279	145
23	149	131	140	288	148
24	157	138	147.5	298	150.5
25	164	140	152	304	152

celle des neuf années les plus voisines (1830 à 1839, 1837 restant à part). Il a trouvé la moyenne suivante :

	Moyenne ordin.	1837
	—	—
Février.....	102	107
Mars.....	111	265
Avril.....	101	105

D'après Caizergues, on peut, dans l'épidémie à laquelle il fait allusion, attribuer à la grippe 165 décès, soit, en comparant ce chiffre au total de la population, qui était alors de 44,370 habitants, 1 décès sur 268 habitants.

Or, le choléra de 1835 n'ayant enlevé que 95 personnes, soit un habitant sur 467, Caizergues en conclut mathématiquement que la grippe cause plus de ravages que le choléra.

Certainement les chiffres ont du bon, mais il n'en faut point abuser. Or, la conclusion de Caizergues me paraît approcher de l'abus. Sa proposition est vraie d'une manière absolue, en tenant compte des chiffres dans toute leur brutalité. Mais ces chiffres ne représentent nullement le coefficient de léthalité des deux maladies. Pour juger de la gravité d'une affection, il faut rapporter le nombre des morts, non pas au chiffre de la population, mais au chiffre des individus atteints. Dans ces conditions, les résultats sont entièrement différents, et la mortalité due au choléra reste bien supérieure à la mortalité de la grippe.

Ce n'est pas seulement à Montpellier que l'épidémie a exagéré le chiffre des décès. Partout il en a été de même. A Paris, où la statistique est très bien faite, Bertillon[1] a fait une étude fort instructive de la mortalité comparée des dernières années. Voici son tableau, semaine par semaine, des décès en 1886, 1887, 1888 et 1889, auquel j'ai simplement ajouté la moyenne des trois années qui précèdent la nôtre.

	1886	1887	1888	Moyenne	1889
1 au 7 décembre..	1066	904	942	970	1091
8 14 —	1054	954	984	997	1188
15 21 —	1026	951	982	986	1626
22 28 —	1029	1070	1033	1044	2334

A Paris, comme à Montpellier, comme partout, nous arrivons donc à voir doubler, et au delà, le chiffre habituel de la mortalité.

Bertillon a cherché à se rendre compte de l'influence du sexe, de l'âge, de l'habitat, etc., sur la mortalité. Il est arrivé, pour l'âge, aux conclusions très remarquables que voici :

	1re semaine	2e semaine	3e semaine	4e semaine
0 à 4 ans...	289	288	311	361
5 19 —	58	60	68	93
20 59 —	425	493	745	1187
Au delà de 60	319	347	502	693

[1] *Bulletin médical*, 1890, pag. 21.

(la première semaine de décembre pouvant être considérée comme une normale).

Voilà une constatation bien intéressante: de 0 à 5 ans, la mortalité ne varie presque pas; de 5 à 19 ans, elle s'accroît légèrement; de 20 à 60 ans, elle triple; au delà de 60 ans, elle est double de la moyenne ordinaire. Sans être grand amateur de statistique et de chiffres, on ne peut qu'être frappé de ces résultats.

En janvier [1], le nombre des décès diminue à Paris, tout en restant supérieur au chiffre habituel.

Durant la première semaine, on compte encore 2,683 décès (au lieu de 970 constatés l'année précédente). Au point de vue de l'âge, ils peuvent se décomposer comme il suit:

0 à 4 ans.....	374	au lieu de	266
5 19 —	91	—	51
20 59 —	1313	—	393
Au delà de 60 ans.....	905	—	260

Au cours de la seconde semaine, on enregistre 2,065 décès (soit 618 de moins que la semaine précédente), et, relativement à l'âge:

	2e semaine 1890	Moyenne des 4 premières semaines 1889
	—	—
0 à 5 ans.....	299	286
5 20 —	84	54
20 60 —	953	403
Au delà de 60 —	729	297

De tous ces documents cliniques et positifs nous pouvons conclure que la léthalité de la grippe, peu élevée en soi vu le nombre immense de personnes atteintes, est cependant considérable en tant que chiffre absolu, et élève réellement le taux de la mortalité générale dans les régions où s'abat la maladie.

La grippe étant par elle-même une affection bénigne, pourquoi et comment en meurt-on? Je répondrai tout de suite à cette

---

[1] *Médecine moderne*, nos 4 et 5, 1890.

question : La grippe tue par ses complications, et surtout par ses complications du côté de l'appareil respiratoire. Il est temps maintenant de les étudier.

Les *complications* de la grippe portent principalement, je viens de vous le dire, sur les voies aériennes. Par le mot de complications, je comprends à la fois les localisations directes de la grippe sur l'appareil respiratoire et les complications proprement dites de la maladie par une autre infection dont la grippe aura préparé et favorablement adapté le terrain.

De tout ceci vous avez sous les yeux de nombreux exemples. Si le nombre de malades civils observés à l'hôpital a été relativement restreint (faute de lits surtout, et encore pourrai-je faire allusion à quelques cas intéressants relevés dans cette catégorie de malades), en revanche les militaires nous ont fourni un champ d'observation merveilleux.

Mon interne, M. Castagné, a bien voulu faire le relevé de tous les malades entrés dans les salles militaires pendant le seul mois de décembre, avec leur diagnostic.

Ce relevé démontre immédiatement le très grand nombre de sujets atteints d'affections des voies respiratoires.

Nous sommes donc en possession d'un bagage clinique considérable ; c'est exclusivement à l'aide de ces matériaux que je vous décrirai les complications de la grippe.

Cette histoire est difficile à faire et à concevoir ; pour rendre ma description aussi claire que possible, je diviserai les complications en :

1° Localisations respiratoires proprement dites de la grippe : bronchite, broncho-pneumonie, fluxion de poitrine grippale.

2° Complications par infections secondaires :

a. Infection pneumococcique : pneumonie, pleuro-pneumonie, infection générale.

b. Infection bacillaire : bronchite et pneumonie tuberculeuses, tuberculose aiguë.

3° Retentissement sur l'appareil circulatoire, lésions du cœur droit, modifications de la tension artérielle.

4° Retentissement sur le système nerveux : délire, troubles

trophiques, douleurs et arthropathies (rapports nosologiques du rhumatisme et de la grippe).

Le cadre est vaste, vous le voyez; je tâcherai de le parcourir aussi rapidement, aussi succinctement que possible.

I. — Les *localisations respiratoires proprement dites* de la grippe sont : la *bronchite*, la *broncho-pneumonie*, la *fluxion de poitrine* grippales.

La *bronchite aiguë*, primitive, est rare. En dehors des bacillaires et des rougeoleux, je n'ai guère à ma disposition, en temps ordinaire, pour vous enseigner les signes cliniques de la bronchite, que de vieux tousseurs, chez lesquels je vous fais constater des poussées aiguës ou subaiguës de bronchite, survenant au cours d'une bronchite chronique ou d'un emphysème.

Les rhumatisants présentent des poussées analogues ; vous en trouvez actuellement bon nombre d'exemples dans les salles. Enfin, il existe une bronchite catarrhale, que l'on observe peu à l'hôpital, mais dont on voit chaque année, à une certaine époque, un assez grand nombre de cas dans la clientèle urbaine.

Cette année, le tableau habituel s'est complètement modifié : le nombre de bronchites à l'évolution desquelles il nous a été donné d'assister a été énorme.

Je vous rappellerai en quelques mots les signes cliniques de la bronchite. Je ne fais point allusion ici à cet état des bronches qui se traduit simplement par de la toux en l'absence de signes stéthoscopiques, et qui appartient à la grippe simple, sans localisation prépondérante ni complication. Je parle de la bronchite vraie, de l'inflammation des bronches.

Vous entendez quelquefois, dès le début, des râles secs, sonores et musicaux ; leur intensité varie suivant le calibre des bronches qui leur donnent naissance, et vous percevez le plus souvent un mélange peu homogène de *rhonchus*, issus des grosses bronches, et des *sibilants* les plus aigus, originaires des fines ramifications bronchiques.

Cependant, la constatation des râles bronchiques, au début,

est loin d'être la règle. Cette manifestation initiale ne s'observe guère, d'habitude, que dans les poussées subaiguës des vieux tousseurs, atteints depuis nombre d'années de bronchite chronique avec emphysème, dont je vous parlais tout à l'heure. Nos malades, au contraire, ont pour la plupart présenté simplement, au début et à la fin de l'évolution phlegmasique, de la rudesse respiratoire ; les râles humides ont caractérisé la période d'état.

La *rudesse respiratoire* est un signe d'une grande importance et dont, malheureusement, on ne tient point suffisamment compte. Trop souvent, dans l'examen des organes respiratoires comme dans l'auscultation du cœur, on est tenté de ne rechercher que les bruits anormaux et de ne voir de lésion que là où ils se produisent. Et pourtant les seules modifications des bruits normaux ont souvent une signification aussi importante que la production de bruits insolites. Voilà pourquoi je ne cesse de vous engager à approfondir l'étude clinique des bruits représentant le fonctionnement normal des organes chez les individus sains, afin de pouvoir juger, à un moment donné, des moindres modifications survenues dans ce fonctionnement.

La respiration rude, quand la rudesse est générale, constitue un bon signe de bronchite. J'insiste sur la nécessité d'une généralisation, car la signification est tout autre lorsque la rudesse respiratoire est limitée en une région spéciale, au sommet, par exemple. — Au point de vue de la physiologie pathologique, la respiration rude indique que la muqueuse des bronches est modifiée, épaissie, déformée, en raison de la siccité ou de l'imbibition de ses parois ; elle prouve en même temps que l'on entend plutôt le bruit respiratoire des bronches que le murmure alvéolaire.

La rudesse de la respiration coïncide donc avec la diminution du murmure vésiculaire proprement dit, signe important sur lequel je reviendrai dans un instant pour vous dire qu'il constitue l'indice initial, presque pathognomonique, de la congestion pulmonaire. Elle s'observe au début et à la fin des bronchites de moyenne intensité et résume le tableau des signes physiques dans les formes les plus légères.

Viennent ensuite les râles humides.

Ceux-ci peuvent présenter des calibres infiniment variables, la gamme en est prodigieusement étendue. Je laisse de côté le râle crépitant, le plus fin, qui est un râle à part, dont le mécanisme pathogénique n'est pas encore bien élucidé, mais dont la signification diagnostique ne saurait faire de doute (il est, vous le savez, caractéristique de la pneumonie).

Les râles sous-crépitants, râles humides par excellence, offrent des degrés très remarquables d'intensité ; on les divise généralement en sous-crépitants fins, moyens, gros ; à côté d'eux, on décrit le râle muqueux.

Le sous-crépitant fin n'appartient guère au tableau de la bronchite simple. Celle-ci possède, au contraire, en propre le sous-crépitant moyen, le gros sous-crépitant et le râle muqueux ; l'un ou l'autre s'observe suivant le degré de viscosité des exsudats et leur perméabilité à l'air.

Ces râles sont habituellement généralisés ; ils sont plus marqués en arrière qu'en avant et prédominent à la base plutôt qu'au sommet.

Toujours on constate leur présence des deux côtés. Lorsqu'il leur arrive d'affecter plus spécialement le côté droit ou le côté gauche, c'est toujours passagèrement, au point que la localisation varie d'un examen à l'autre. Si la localisation restait permanente, la bronchite deviendrait suspecte.

La percussion révèle, dans la bronchite, une sonorité normale, quelquefois un peu exagérée ; en aucun cas, l'amplitude du son n'est diminuée. Cette constatation a une importance capitale. Si l'on percevait, en même temps que les signes stéthoscopiques dont je viens de vous entretenir, de la matité ou seulement de la submatité, il ne s'agirait plus d'une bronchite.

L'expectoration, dans la bronchite, ne présente pas les mêmes caractères à toutes les phases de la maladie. La plupart du temps, elle est rare, épaisse, visqueuse, translucide au début. Plus tard, elle est abondante, toujours épaisse, purulente ; déposé sur un linge, le crachat lui abandonne une notable quantité de sérosité qui forme comme un nimbe tout autour de la partie jaunâtre. — Parfois l'expectoration est spumeuse et très aérée. Jamais elle n'est

mélangée de sang ; jamais elle n'offre une consistance suffisante pour adhérer aux parois du vase qui la reçoit.

Le malade n'éprouve aucun point de côté ni aucune douleur thoracique unilatérale. Par contre, il est fréquent de noter des douleurs rétrosternales ou en ceinture, au niveau des attaches diaphragmatiques.

La fièvre fait souvent défaut, et j'ai pu vous montrer plusieurs malades qui, avec des phénomènes stéthoscopiques fort nets, étaient absolument apyrétiques. Lorsqu'elle existe, elle dure peu et présente une intensité modérée.

La maladie offre une durée variable ; quelquefois, elle traîne un peu en longueur. Elle guérit toujours et ne laisse pas de traces.

La description de la *broncho-pneumonie* est plus difficile à tracer que celle de la bronchite, et pourtant vous en avez eu sous les yeux un grand nombre de cas.

C'est que, dans la plupart des ouvrages classiques, on fait de la broncho-pneumonie un synonyme de la bronchite capillaire. Or la broncho-pneumonie grippale n'a rien à faire avec cette dernière.

Il y a eu, dans le cours de l'épidémie actuelle, quelques bronchites capillaires ; j'ai eu l'occasion d'en observer chez de vieux tousseurs. Mais c'est là une complication peu fréquente dont nous n'avons pu, à l'hôpital, constater aucun échantillon. Un seul militaire nous a présenté le tableau assez complet du catarrhe suffocant ; mais j'ai cru devoir, dès le début, rattacher les phénomènes à une poussée aiguë de tuberculose. Ce diagnostic a été maintenu malgré le résultat négatif des premières recherches bactérioscopiques. C'est seulement à la fin de l'évolution morbide que le microscope s'est décidé à confirmer notre opinion, dont l'autopsie est venue ensuite démontrer l'exactitude. Je reviendrai plus loin sur cette observation pleine d'intérêt, mais qui ne peut être donnée comme un exemple de bronchite capillaire vraie.

L'assimilation de la bronchite capillaire et de la broncho-

pneumonie ne saurait être maintenue. Il existe, en effet, des broncho-pneumonies qui ne présentent en aucune façon le tableau clinique de la bronchite capillaire. Or c'est précisément cette forme, d'allure opposée à celle du catarrhe suffocant, que nous avons observée dans la présente épidémie de grippe.

Qu'est-ce donc que la broncho-pneumonie, et comment faut-il la concevoir ?

La broncho-pneumonie est constituée, non seulement par la coexistence et la superposition de lésions bronchiques et de lésions pulmonaires (comme son nom l'indique), mais aussi par une certaine hiérarchie de ces lésions, l'inflammation bronchique étant la première en date. «Sans les bronchites procréatrices, a dit Charcot[1], il ne saurait y avoir broncho-pneumonie». C'est là une notion capitale pour la clinique aussi bien que pour l'anatomie pathologique.

La bronchite et la pneumonie vraie sont deux maladies bien distinctes, nettement isolées l'une de l'autre et évoluant toujours séparément. On a beaucoup insisté, pour expliquer leur défaut de superposition, sur l'origine différente de la vascularisation bronchique et pulmonaire : les artères bronchiques, destinées aux canaux aériens, émanent de l'aorte ; ce sont au contraire les branches de l'artère pulmonaire qui irriguent les alvéoles et le parenchyme du poumon. — En fait, il est rare de voir, chez l'adulte du moins, la pneumonie vraie succéder à la bronchite vraie, indiquant de la sorte une continuité d'inflammation. Chez l'adulte et l'enfant, les deux phlegmasies paraissent moins indépendantes l'une de l'autre.

La barrière anatomique entre les bronches et le poumon n'est pas aussi nette qu'on a bien voulu le dire. Canaux bronchiques et alvéoles sont reliés les uns aux autres par cet épithélium de revêtement qui tapisse en totalité l'arbre respiratoire, changeant de forme et s'aplatissant à mesure qu'il revêt des conduits plus ténus, mais ne présentant en aucun point de solution de continuité.

---

[1] Charcot ; *Œuvres complètes*, tom. V, pag. 100.

Cette barrière est si peu infranchissable que certaines maladies, telles que la rougeole, la grippe, ne la respectent nullement.

Je n'en veux pour preuve que ce dont nous avons été cent fois témoins au cours de cette épidémie.

Après le stade fébrile ou en l'absence d'une période pyrétique antérieure, quelquefois sous forme de rechute consécutive à une imprudence, on constate des signes de bronchite généralisée. J'ai suffisamment insisté sur cette symptomatologie pour n'avoir pas besoin de la reproduire. C'est seulement à une période plus avancée, un nombre de jours variable après le début de la bronchite, que l'on voit les râles sous-crépitants se localiser davantage en un point de la poitrine et devenir en même temps plus fins.

Pareille localisation ne doit pas être confondue avec ces prédominances unilatérales, fugaces, mobiles, dont je vous ai parlé à propos de la bronchite. Ici, la prédominance est fixe et invariable : on constate un foyer nettement limité de râles sous-crépitants, fins ou moyens, qui siège habituellement, soit au tiers moyen du poumon, soit à la base.

Tout autour de ce foyer ou à son niveau, on note l'*obscurité du murmure vésiculaire*. Le silence relatif de la respiration, qu'une comparaison attentive entre les deux côtés peut seule révéler dans quelques circonstances, constitue, vous le savez, un des meilleurs signes de la congestion pulmonaire ; mais c'est un signe banal, qui n'a rien de spécial à la grippe, quoi qu'on en ait dit [1].

En même temps que ces signes stéthoscopiques, le malade présente quelquefois un léger point de côté. Tantôt la douleur thoracique se manifeste spontanément, sans rappeler toutefois par sa violence le point de côté de la pneumonie vraie; il s'agit alors d'une pleurodynie, dont le domaine est souvent assez étendu. — Tantôt elle a besoin d'être recherchée, et on n'arrive à la déceler que par un interrogatoire précis et la pression de la zone où se perçoivent les bruits anormaux.

Enfin, dans la même région apparaît une submatité légère, diffuse ou en îlots.

---

[1] Ferrand, *Soc. méd. des Hôp.*, 10 janvier 1890.

La bronchite simple est dépassée ; il s'agit bien d'une broncho-pneumonie.

La maladie constituée, elle évolue en conservant toute son indépendance. De même que son début n'a pas été celui de la pneumonie, son processus en diffère également. Elle ne réalise pas la marche cyclique, l'évolution régulière de l'inflammation fibrineuse du poumon; mais elle en peut présenter, en partie du moins, les symptômes physiques.

Le râle crépitant, caractéristique de la pneumonie, fait toujours défaut ; mais on note des râles sous-crépitants fins, de l'obscurité, souvent même du *souffle*. Ce souffle est moins étendu, moins fixe, moins intense, que celui de la pneumonie ; il est mobile, évolue par poussées successives et disparaît quelquefois rapidement. Quoi qu'il en soit de ces différences, on peut dire que le souffle existe dans la broncho-pneumonie.

La fièvre est souvent minime ; d'autres fois, elle est élevée. Ce n'est pas une fièvre continue continente comme dans la pneumonie ; analogue au souffle dans son évolution, elle marche par poussées et se traduit, sur la courbe, par des collines et des montagnes séparées par de profondes vallées.

Les crachats purulents de la bronchite prennent bientôt la teinte de la rouille ; quelquefois même ils sont plus ou moins hémoptoïques, surtout dans les formes cardio-vasculaires ou hémorrhagiques, qui ont été si fréquentes cette année.

La maladie évolue lentement ; on voit se succéder des foyers inflammatoires dans les parties supérieures, moyennes, inférieures du poumon. Souvent l'autre poumon est atteint, a son tour, de la même façon.

La durée de la maladie est parfois très longue ; elle nécessite une surveillance continuelle, une lutte acharnée de tous les instants. Encore, malgré une poursuite attentive du mal, retranchement par retranchement, ne peut-on prévoir et la date de la convalescence et même la certitude d'une guérison.

Je reconnais que ce tableau clinique ne présente pas la concision, la précision, je dirai presque l'élégance, du tableau schématique de la pneumonie vraie. Il correspond cependant à la réalité

des choses ; il représente ce que vous avez observé, et, de plus, traduit fidèlement le processus anatomique de la maladie.

Que se passe-t-il en effet anatomiquement ?

L'étude anatomo-pathologique de la broncho-pneumonie est fort complexe. En voici la description d'après Charcot :

Elle débute par une bronchite ; les moyennes et petites bronches sont remplies de muco-pus, qui pénètre également dans les alvéoles. L'épithélium qui établit la continuité, l'on peut presque dire la parenté, des bronchioles et des alvéoles, est parfois atteint et détruit. C'est cet exsudat intra canaliculaire, constitué par un mélange de sécrétion inflammatoire et d'épithélium, qui donne naissance, lors du passage de l'air, aux râles sous crépitants de toutes tailles.

A côté de la bronchite, on note de la congestion pulmonaire allant jusqu'à la splénisation et s'accompagnant souvent d'atélectasie (retour à l'état fœtal), avec affaissement consécutif du poumon. D'où la diminution du murmure vésiculaire et certains troubles de sonoréité.

Enfin, on observe également ce que Charcot appelle l'hépatisation péribronchique ; c'est elle qui provoque la matité et le souffle.

Ces altérations sont disséminées ; l'inflammation procède par lobules, par îlots, par poussées. Quelle différence avec la pneumonie, qui frappe massivement, qui envahit brutalement tout un bloc de poumon et s'étend à la totalité d'un lobe ! La broncho-pneumonie peut devenir pseudo-lobaire, c'est-à-dire gagner la plus grande partie des lobules pulmonaires qui constituent un lobe ; mais sa marche est toujours distincte de celle de la pneumonie.

La plèvre peut s'enflammer de la même façon que le parenchyme. Ce matin même, je vous ai montré un exemple de phlegmasie pleuro-pulmonaire.

Vous voyez, Messieurs, combien ces manifestations sont complexes. La maladie peut affecter, comme siège, les bronches, le poumon et la plèvre ; comme lésion, elle peut se traduire par de l'inflammation, de la congestion, de l'œdème. Aussi le mot

de broncho-pneumonie, généralement adopté, me paraît-il défectueux. Il est insuffisant et inexact : insuffisant, parce qu'il limite les altérations aux bronches et au poumon ; inexact, puisqu'il semble préjuger de la nature exclusivement inflammatoire des lésions. Le terme *fluxion de poitrine,* dont on se servait autrefois, me paraît encore aujourd'hui préférable.

Je n'ai pas l'intention de renouveler la campagne que j'ai soutenue[1], en 1874, à la suite de Dupré (1860) et de l'ancienne École montpelliéraine, en faveur de la fluxion de poitrine catarrhale. Plusieurs des idées que j'émettais alors ont fait leur chemin et sont aujourd'hui moins dédaigneusement repoussées. On trouve la description de la fluxion de poitrine dans des traités classiques tels que celui de Dieulafoy ; — on m'a demandé un article «Fluxion» dans le *Dictionnaire encyclopédique,* alors que je me plaignais, quand je fis paraître mon Mémoire, de l'omission systématique de ce chapitre dans le Dictionnaire en cours de publication à cette époque. — Tout le monde, aujourd'hui, accepte la pneumonie comme une maladie générale localisée sur le poumon ; on n'y voit plus une phlegmasie pulmonaire primitive, avec retentissement secondaire sur l'état général.

Il y a donc moins de courage à reprendre, à l'heure actuelle, une terminologie qui autrefois était rejetée par une École dont les seuls arguments étaient le silence et le dédain.

La fluxion de poitrine est précisément caractérisée par le tableau clinique en présence duquel vous vous trouvez tous les jours. Elle débute par les symptômes fonctionnels d'une maladie générale, aiguë et intense ; puis, on observe les signes d'une bronchite généralisée ; bientôt, on note de la congestion pulmonaire ; finalement, on constate un mélange de congestion, de splénisation, d'hépatisation, de pleurésie, toutes lésions mobiles et disséminées.

Vous le voyez, dans cette maladie tous les organes contenus dans le thorax peuvent être atteints et présenter divers degrés d'altération, depuis la simple congestion jusqu'à l'inflammation vraie. — D'où le nom de fluxion de poitrine.

---

[1] *Montpellier médical,* 1874.

Je n'insiste pas davantage. — Un mot seulement, pour terminer, sur l'évolution et le pronostic des fluxions de poitrine grippales.

Le caractère insidieux, la malignité fréquente de cette complication, imposent au médecin de grandes réserves au point de vue du pronostic à porter en face d'un cas déterminé. La maladie, qui débute comme une fluxion de poitrine ordinaire, se termine souvent par la mort au cinquième ou au septième jour. Nous avons malheureusement eu la preuve à maintes reprises, et j'ai eu l'occasion, dans la clientèle, de vérifier à plusieurs reprises cette fâcheuse tendance. — Récemment j'ai vu mourir de la sorte un hôtelier auprès duquel m'avait appelé mon excellent confrère le Dr Hortolès. — C'est également à une fluxion de poitrine grippale, brutalement terminée au cinquième jour, qu'a succombé cette grande dame d'une ville voisine, dont la mort a si péniblement impressionné toute la société montpelliéraine. — Le Corps médical de Narbonne vient d'être cruellement frappé par la mort d'un de ses plus jeunes membres, frappé dans des conditions analogues [1].

Quand on guérit (c'est encore, malgré la gravité de la complication, le cas du plus grand nombre), la durée de la convalescence est fort longue ; la maladie passe, quelquefois aussi, à l'état chronique.

C'est de préférence chez les personnes offrant des antécédents respiratoires fâcheux que ces broncho-pneumonies tournent mal. Voici, comme exemple, l'histoire très résumée d'un malade qui a séjourné quelque temps dans notre service pour un pyo-pneumothorax tuberculeux, et qui est mort ultérieurement d'une broncho-pneumonie grippale dans le service de M. le professeur Kiener, à qui nous l'avions adressé. Mon Collègue a bien voulu nous communiquer la suite de l'observation et les résultats de l'autopsie ; les voici en substance :

---

[1] Au moment où je corrige les épreuves, je viens d'assister, avec mon confrère le Dr Batigne, à un drame identique (chez un jeune homme de 15 ans, aggravation rapide d'une fluxion de poitrine grippale le 5e jour, fréquence du pouls croissante et mort dans la nuit du 5e au 6e jour).

B..., 23 ans, 2e génie, entre le 17 octobre 1889 (salle Tissié-Sarrus, n° 29), dans le service de M. le professeur Grasset. Il est atteint, depuis le 24 avril de la même année, d'un pyo-pneumothorax droit dont il offre la symptomatologie classique (début brusque lors de son débarquement en France, au retour d'une campagne où il a eu les fièvres; — abcès pleural démontré par l'extraction de trois litres et demi de pus, en trois thoracentèses; — succussion hippocratique ; — souffle amphorique ; — tintement métallique ; — bruit d'airain). En même temps, il présente des signes d'excavation au sommet droit, et des symptômes d'induration au sommet gauche. On ne trouve pourtant pas de bacilles dans les crachats.

Ce soldat, demandant la réforme avec pension de retraite, passe dans le service de M. Kiener, médecin principal de l'armée, qui s'abstient de pratiquer l'empyème, en raison de la nature tuberculeuse probable des lésions. Le 4 janvier, le malade est atteint d'une grippe à manifestations abdominales qui prend, dès le premier jour, une physionomie très grave et à laquelle il succombe le 10 janvier.

Le diagnostic du pyo-pneumothorax, la présence d'une excavation tuberculeuse au sommet droit et d'une induration de même nature, sont confirmés par l'autopsie. Le poumon droit, réduit à l'état de moignon juxtavertébral, est en grande partie atélectasié; le poumon gauche présente « une *pneumonie lobulaire des plus nettes* »; un grand nombre de lobules disséminés sont carnifiés; il existe du pus dans les petites bronches des parties déclives.

Voilà bien le type des localisations respiratoires graves et fréquentes de la grippe.

II. — *A*. Au premier rang des infections secondaires, on doit placer la *pneumonie vraie*. C'est une complication rare, de physionomie à part, et tenant, quant à sa nature, à une infection pneumococcique.

La pneumonie n'a guère été, cette année, plus fréquente que les autres hivers. On ne peut la considérer comme une localisation directe de la grippe; on doit y voir une maladie différente, dont la grippe aurait seulement (et c'est encore là une hypothèse) préparé et fertilisé le terrain.

Parmi les cas de pneumonie à l'évolution desquels nous avons assisté, je vous en signalerai particulièrement deux. Le premier

malade, un payant qui a demandé sa sortie ce matin, a eu une pneumonie droite tout à fait classique, avec souffle, râles crépitants, point de côté violent, crachats rouillés adhérents, etc. La fièvre est tombée brusquement au septième jour, et il a guéri sans vésicatoire.

Le second fait n'a pas présenté une issue aussi favorable. Il s'agit d'une femme âgée, ancienne hémiplégique, qui nous a été apportée dans le cours d'une pleuro-pneumonie grave, déjà parvenue à une période avancée et accompagnée de délire et d'agitation. La malade mourait au bout de peu de jours avec une parotidite, et l'autopsie confirmait le diagnostic de pleuro-pneumonie grippale, en démontrant des lésions pulmonaires et l'existence de localisations infectieuses multiples.

Voici l'observation de cette malade, à laquelle M. Rauzier a joint le compte rendu de l'autopsie pratiquée par notre éminent Collègue de l'anatomie pathologique, M. le professeur Kiener :

Une femme de 65 ans, atteinte depuis neuf ans, à la suite d'une attaque d'apoplexie, d'un degré très marqué de parésie gauche, est apportée, le 31 décembre 1889, à l'hôpital Suburbain, où elle occupe le n° 2 de la salle des femmes. Elle est en proie à une agitation violente et présente un état de subdélire qui empêche d'en obtenir aucun renseignement.

On constate une matité étendue à la base droite et un souffle tubaire intense dans la même région.

Malgré l'application d'un vésicatoire, l'administration combinée de deux potions, l'une au rhum et l'autre à l'ipéca, l'état ne s'améliore pas ; le délire persiste ; le pouls, très fréquent (120 à 128), contraste avec la faible élévation de la température. Le 5 janvier, survient une parotidite, et la malade meurt le 8.

A l'autopsie, on trouve un *épanchement puriforme* peu abondant (un verre environ) *dans la plèvre droite ;* celle-ci est tapissée par un abondant dépôt de fibrine molle et friable, qui s'enfonce dans les scissures interlobaires.

Le lobe inférieur du même côté est en grande partie atélectasié. Du foyer pneumonique étendu que signalait l'observation clinique des premiers jours, il ne reste plus qu'un îlot d'induration, pas plus grand qu'une petite pomme, proéminant à la face postérieure et un peu au-dessus du bord libre. Une coupe de ce noyau induré révèle l'existence d'une *hépatisa-*

tion rouge brun bien circonscrite et entourée d'un liséré jaunâtre.

Les autres lobes du même poumon sont congestionnés, carnifiés par places, sans hépatisation.

Le *poumon gauche* est simplement emphysémateux.

Le *cœur* présente une surcharge graisseuse notable du ventricule droit; le volume et la forme de l'organe sont normaux. — La valvule mitrale est le siège d'une *endocardite végétante*; ses deux valves sont indurées, raccourcies et adhèrent l'une à l'autre. Sur la face inférieure de la valvule, on voit proéminer des masses blanchâtres, mamelonnées, dont l'une est entièrement tapissée par un caillot cruorique adhérent. — Les valvules aortiques sont saines.

Lorsqu'on incise la *paroi abdominale*, on rencontre dans son épaisseur un *abcès*, gros comme un œuf, renfermant du pus couleur chocolat, et situé dans l'épaisseur du muscle grand droit du côté gauche, à sa partie supérieure.

La *rate* est ramollie et pèse 100 grammes.

Les *reins* sont petits, surchargés de kystes; le rein droit ne pèse que 90 gram., le gauche 100 gram.; à la coupe, on trouve la substance corticale diminuée d'épaisseur.

Le *foie* pèse 1,400 gram.; il est hyperémié, un peu jaunâtre et offre l'apparence muscade.

A l'ouverture de la boîte crânienne, on constate l'existence d'une *méningite suppurée* occupant la scissure interlobaire. L'hémisphère droit présente une légère dépression à la base de la troisième circonvolution frontale et de la pariétale ascendante; le lobe sphénoïdal, et en particulier la première circonvolution temporo-sphénoïdale, est atrophié. La sylvienne et toutes ses branches sont libres.

Un foyer de ramollissement occupe la partie la plus antérieure de la circonvolution du corps calleux.

Une section perpendiculaire à la scissure interlobaire montre un deuxième foyer de ramollissement ocreux, occupant la partie externe du noyau lenticulaire, qui est décollé de la capsule; celle-ci présente également une coloration jaunâtre; la lésion occupe les deux tiers antérieurs du noyau lenticulaire.

Le reste de l'encéphale est sain.

La *région parotidienne* est considérablement tuméfiée; on constate, à la coupe, qu'elle est infiltrée dans toute son éten-

due par du pus non collecté ; la surface de section est jaunâtre et lardacée; on fait sourdre, à la pression, quelques gouttelettes de pus.

Le fait qui vient de vous être rapporté, Messieurs, constitue un très bel exemple de pneumonie infectieuse, ou plutôt d'infection pneumococcique généralisée.

Vous connaissez la doctrine qui règne actuellement, et à laquelle je faisais tout à l'heure allusion, touchant la nature de la pneumonie.

L'École de Montpellier a toujours considéré l'inflammation fibrineuse du poumon comme la localisation habituelle d'une affection générale, la fièvre pneumonique[1]. Cette idée, qu'elle n'a jamais abandonnée, a lutté contre la conception de l'École anatomique, qui faisait de la pneumonie le prototype des maladies locales.

Aujourd'hui, cette doctrine est celle de tout le monde : le poumon n'est plus que le premier aboutissant de la pneumonie, maladie générale. Seulement, la notion de maladie générale, soutenue sans preuves matérielles par nos prédécesseurs, nous est revenue rajeunie par la découverte du microbe pathogène de l'affection, le pneumocoque.

Les cas dans le genre de celui que je vous ai rapporté tout au long prouvent, une fois de plus, la réalité de l'ancienne conception. La pneumonie est bien une affection générale, puisqu'elle peut se localiser sur des organes autres que le poumon.

Je pourrais vous fournir un exemple à l'appui de cette manière de voir, en vous citant le cas de ce malade civil, occupant le n° 35 de la salle Fouquet, qui à la suite d'une pneumonie grave, est actuellement atteint d'une violente arthrite du genou droit, avec épanchement abondant. Mais ce serait multiplier inutilement les arguments, puisque la cause est déjà gagnée.

---

[1] Voir, sur cette question, mon premier travail sur la *Pneumonie considérée comme maladie générale*, in *Montp. médic.*, tom. XXXVIII, pag. 428, 1877, et mes leçons sur les *Pyrexies pneumoniques* (*Montp. méd.*, janvier 1887).

Existe-t-il un rapport direct entre cette maladie pneumococcique et la grippe ? Je n'en crois rien. Pour moi, la grippe et l'infection à pneumocoques sont deux maladies distinctes l'une de l'autre, et dont la première se borne à créer en faveur de la seconde une prédisposition, d'ailleurs hypothétique.

Cette question est, à proprement parler, une question de bactériologie ; par suite, elle ne peut être définitivement tranchée que par le microscope. Je vais donc vous fournir les éléments d'appréciation qui nous sont actuellement connus, c'est-à dire vous donner le résultat des recherches bactériologiques concernant la grippe et définissant les rapports de son microbe avec celui de la pneumonie.

La question de la bactériologie de la grippe est encore à l'étude et manque d'une solution précise et définitive. Cette solution, si elle existait, trancherait du même coup la question pathogénique et définirait nettement les rapports de la grippe avec les affections à pneumocoques.

En l'absence d'affirmations concluantes, permettez-moi de vous exposer en quelques mots l'état de la question.

Voici d'abord le résultat des recherches entreprises, dans cet hôpital même, par mon chef de clinique, M. Rauzier, qui a examiné les crachats d'un certain nombre de malades du service :

Dans des cas de pneumonie vraie, à l'allure classique, comme celle du malade payant dont vous avez suivi l'évolution favorable, M. Rauzier signale «uniformément répartis dans toutes les préparations, de très nombreux diplocoques, présentant un calibre variable; un seul champ microscopique en renferme des centaines. On constate également l'existence de quelques amas de micrococques très volumineux ».

Au contraire, dans divers cas de grippe à localisation thoracique directe (bronchite, broncho-pneumonie, fluxion de poitrine), les recherches bactériologiques de M. Rauzier aboutissent à la constatation suivante: «Il existe certainement quelques diplocoques disséminés, mais ils sont incomparablement moins nombreux que

dans la vraie pneumonie ; bien souvent, on n'en retrouve pas un seul dans tout un champ de microscope. Mais on note, dans toutes ces préparations, certains foyers très limités, certains nids à barrières très nettes, dans lesquels on observe de fort nombreux groupements diplococciques. On constate également des streptocoques sous forme de colonies ou de chaînettes ».

En somme, dans les localisations broncho-pulmonaires de la grippe, on ne retrouve pas le diplococcus avec l'abondance et l'uniformité de répartition que l'on constate dans la pneumonie ; on note seulement des nids isolés de diplocoques et un certain nombre de streptocoques.

De ces recherches, forcément limitées, on peut tirer la double conclusion suivante : 1° la grippe et l'affection pneumococcique sont deux maladies distinctes; 2° il n'existe pas un microbe spécifique de la grippe, ou du moins, on ne peut, à l'heure actuelle, décrire un agent figuré qui, par sa forme, son groupement, son mode de coloration, soit spécial à la maladie.

Cette double conclusion semble confirmée par tous les travaux de l'École française ayant trait à cette question. A l'étranger, quelques auteurs ont tenté, sans grand succès, la description d'un micro-organisme spécial. Tout récemment, les journaux politiques faisaient grand bruit de la découverte, à Vienne, du microbe de la grippe. Le fait est loin d'être confirmé.

En France, on s'est montré, avec juste raison, beaucoup plus réservé, et l'École française persiste, encore aujourd'hui, dans cette réserve.

A la Société médicale des hôpitaux, le 24 janvier, il a été fait une série de communications sur la bactériologie de la grippe. Duponchel, étudiant les pneumonies grippales (c'est-à-dire, non point des pneumonies vraies, mais ce que nous avons appelé les fluxions de poitrine sous la dépendance directe de la grippe), affirme que les crachats des malades ne contiennent pas le diplocoque capsulé de la pneumonie franche.—Laveran a constaté la présence de nombreux streptocoques dans les crachats. — Vidal et Chantemesse, dont vous connaissez toute la compétence, ont pratiqué l'examen du sang et n'ont trouvé aucun micro-organisme

spécial. — Vaillard et Vincent insistent beaucoup sur la présence d'un streptocoque, toujours identique à lui-même, qu'ils ont retrouvé dans le sang, la rate, les poumons, les divers exsudats, et qui leur paraît identique à celui de l'érysipèle. — Netter conteste la spécilité du streptocoque, puisque, dans quelques cas, on a nettement observé des pneumonies vraies, à pneumocoques. — Du Cazal revient sur le streptocoque, auquel il attribue, comme Vaillard, un rôle pathogénique. — Chantemesse explique la présence de ce germe par des infections secondaires et déclare que l'agent spécifique de la grippe reste encore à découvrir.

G. Sée et Bordas, dans la séance du 27 janvier à l'Académie des Sciences, ont affirmé avoir retrouvé le pneumocoque dans des cas de pneumonie vraie survenue au cours de la grippe.

Bouchard a fait, le 28 janvier, une très remarquable communication à l'Académie de Médecine. En tête de cet intéressant document, il rapporte un cas fort net de contagion, observé à Montbéliard, et regrette les premières affirmations anti-contagionnistes que je vous ai citées au début de ces leçons.

D'ailleurs, aujourd'hui, un revirement se produit, dans l'opinion médicale, à l'endroit de la contagion, et M. Brouardel m'écrivait hier qu'il partageait entièrement mon avis sur ce point.

Bouchard n'a pu découvrir un microbe pathogène particulier à la grippe. Il a retrouvé dans les crachats trois micro-organismes déjà connus : le staphylococcus pyogenes aureus, le pneumocoque et un streptocoque identique, au point de vue de sa forme et du résultat des inoculations, à celui qui produit l'érysipèle, la fièvre puerpérale et l'infection purulente. Comme l'auteur le dit lui-même, s'il existe trois microbes différents, c'est au moins deux de trop pour une pathogénie spéciale.

Quelle conclusion tirer de tout cela? La même, assurément, que nous ont suggérée les recherches pratiquées dans le service, à savoir : que le microbe pathogène de la grippe n'est pas encore découvert. Inféoder cette maladie, en vertu d'analogies bactériennes, à la pneumonie ou à l'érysipèle, serait une hérésie clinique qui supprimerait la grippe en tant qu'espèce nosologique.

On a signalé, il est vrai, la fréquence des pneumonies au cours de la grippe ; on a vu des érysipèles en souligner le déclin (j'ai récemment observé un fait de cet ordre). Ce sont là, non pas des localisations, mais bien des complications, et des complications fort rares si l'on envisage le grand nombre des grippés.

La grippe est donc une maladie spéciale, une unité morbide, dont le germe n'est point encore connu. Ce qui lui appartient en propre au point de vue clinique, ce sont diverses localisations sur l'appareil respiratoire, telles que la bronchite, la broncho-pneumonie, la pleuro-pneumonie et la fluxion de poitrine. Quant à la pneumonie vraie, la pneumonie lobaire, elle constitue une maladie distincte, une infection dépendante d'un micro-organisme à part, auquel la grippe a pu simplement ouvrir une porte et préparer le terrain.

B. Je n'en ai malheureusement pas fini avec l'étude des infections secondaires dont la grippe peut être en quelque sorte déclarée responsable. On la voit également favoriser l'éclosion et précipiter l'évolution de la *tuberculose*.

Considérez le nombre énorme de tuberculeux qui se trouvent actuellement dans le service. Je passerai condamnation sur la catégorie des malades civils, qui, à toute époque, est abondamment pourvue de bacillaires ; mais songez à la quantité tout à fait anormale de jeunes gens atteints de bronchite spécifique que renferme aujourd'hui notre salle de militaires. En temps ordinaire, il est rare que l'on compte deux ou trois tuberculeux dans cette salle, où nous n'observons guère que des affections aiguës évoluant chez des individus dont l'incorporation équivaut à un certificat de bonne santé antérieure, de robuste constitution. Eh bien ! à l'heure actuelle, mon interne M. Castagné vient de relever douze cas de tuberculose confirmée dans notre personnel de militaires ; chez tous ces malades, la recherche des bacilles, consignée sur les registres du laboratoire, a donné des résultats positifs.

Je n'ai pas besoin d'insister sur la relation à établir entre cette invasion de bacillose et l'épidémie de grippe.

Une fois le fait brutal exposé, on peut établir plusieurs catégories parmi les tuberculeux sur lesquels la grippe a exercé son action.

Je ne vous parlerai pas des cas de phtisie en évolution, de tuberculose ancienne, auxquels la grippe a donné un coup de fouet ; ce sont des faits banals et classiques. Leur fréquence me semble même avoir été exagérée, et la maladie actuelle ne paraît pas avoir opéré une liquidation trop prononcée de notre clientèle de tuberculeux. Peut-être les phtisiques se sont-ils mieux soignés cet hiver ; peut-être, en raison de l'épidémie, ont-ils pris plus de précautions ? Quoi qu'il en soit, le bilan de leur mortalité n'a pas été excessif.

Tout au plus pourrai-je vous signaler, pour ne parler que des faits à l'évolution desquels vous avez assisté, le cas de ce bacillaire floride qui, ayant eu le malheur de contracter la grippe au cours d'une tuberculose admirablement tolérée, présente actuellement une généralisation tuberculeuse.

On doit ranger dans une première catégorie de faits les anciens bacillaires dont la tuberculose, guérie et en quelque sorte éteinte, s'est réveillée sous l'influence de la grippe ; chez ces malades, la grippe a donc opéré la résurrection d'une tuberculose antérieure.

Vous avez ensuite la catégorie des individus présentant les signes cliniques de la bronchite simple et chez lesquels l'examen microscopique décèle la présence de bacilles. Ce sont là des cas d'infection bacillaire que le microscope révèle à la clinique.

Enfin, le troisième type est constitué par des tuberculoses vraies, cliniques et microscopiques, éclatant à la suite de la grippe et se développant de par la grippe. Nous avons malheureusement observé plusieurs faits de cet ordre. Je vous ai montré, presque côte à côte dans notre salle de militaires, deux jeunes soldats dont la fièvre prolongée et la symptomatologie classique ne peuvent laisser de doute sur le diagnostic.

Voici maintenant l'histoire résumée d'un cas mortel de tuberculose aiguë qui a évolué sous nos yeux :

Vous avez pu voir, il y a quelques jours, au n° 31 de la

salle Tissié-Sarrus, un soldat de 23 ans, entré le 8 janvier pour une affection en apparence aiguë. Rien dans ses antécédents héréditaires ou personnels ne permettait de supposer qu'il fût en possession d'une diathèse. Sa mère était morte jeune, mais avait gardé le lit seulement quelques jours. Son père, encore aujourd'hui bien portant, n'avait perdu aucun de ses enfants. Lui-même ne signalait d'autres antécédents morbides qu'une remarquable susceptibilité des voies respiratoires. Chaque hiver il contractait une bronchite ; puis, aussitôt les beaux jours venus, toux et expectoration disparaissaient ; jamais d'hémoptysie D'ailleurs, il avait jusqu'alors fait exactement son service et supporté sans peine les fatigues du métier militaire.

Le 1er *janvier* (il pouvait préciser le jour), il avait été pris subitement de céphalalgie, fièvre, frissons et lombalgie ; puis la toux était survenue et s'était accompagnée d'une vive dyspnée. *Jusqu'alors, et depuis le commencement de l'hiver, le malade n'avait pas encore toussé ;* sur ce point ses souvenirs étaient également très précis.

A son entrée, *huit jours après le début des accidents*, nous constations une température élevée, une fréquence considérable du pouls, une dyspnée intense. La toux était pénible, répétée, s'accompagnait d'une expectoration purulente abondante; la céphalalgie persistait. La langue était blanche à la partie moyenne, rouge à la pointe et sur les bords, l'anorexie absolue. A l'examen, on percevait, sans matité notable, en avant et en arrière, une pluie de râles humides de tous calibres, disséminés sur toute la hauteur, avec prédominance au-dessous des deux clavicules.

Un premier examen des crachats, provoqué par cette localisation des signes stéthoscopiques, n'aboutit pas à la constatation de bacilles tuberculeux. Et pourtant, telle était déjà ma conviction au point de vue du diagnostic qu'en l'absence de vérification bactérioscopique, j'installai sans tarder la médication qui me paraît enrayer le plus fréquemment les poussées tuberculeuses suraiguës chez les sujets jeunes et vigoureux : je veux parler du tartre stibié à dose progressivement croissante.

Malgré la médication, l'état n'a cessé d'empirer ; la toux, la dyspnée, l'expectoration, n'ont fait que s'accroître ; la fréquence du pouls s'est maintenue ; la température a pris une allure nettement rémittente ; les sueurs profuses sont survenues; seule, l'intelligence est restée nette. Puis, la cyanose est apparue et, le 22 janvier, juste trois semaines après le début de la maladie, le malade succombait aux progrès de l'asphyxie. La veille de

sa mort, de nouvelles recherches bacillaires avaient révélé l'existence de très rares bacilles de Koch.

Le compte rendu de l'autopsie faite par le professeur Kiener présente un haut intérêt; je vous demande la permission de vous le lire *in extenso*:

Cadavre peu émacié; un peu d'œdème des malléoles et du dos des mains.

Poumons. — Poumons adhérents aux parois thoraciques dans toute l'étendue du lobe supérieur droit et une bonne partie du lobe supérieur gauche; adhérences fibreuses. Les poumons sont très volumineux.

Le *poumon droit* pèse 970 gram. Au sommet existe une profonde dépression cicatricielle, correspondant à une perte de substance guérie. Pas de cavernes. Le poumon est parsemé, de haut en bas, de *granulations tuberculeuses*, grisâtres et opalines, réunies en groupes présentant l'aspect de petites grappes. Le parenchyme intermédiaire est, en partie carnifié, en partie emphysémateux.

Le *poumon gauche* pèse 1,170 gram. Il présente, de haut en bas, des granulations analogues, mais elles sont plus jaunes, plus confluentes. De plus, il existe une cavité de la grosseur d'une noisette dans le lobe supérieur. Le parenchyme environnant est emphysémateux; quelques portions sont carnifiées, d'autres hépatisées.

Les *bronches*, dans toute leur étendue, sont tapissées de muco-pus; leurs parois sont injectées et leur charpente paraît déformée.

Les *ganglions* du médiastin sont volumineux, indurés, lardacés et en partie caséeux.

Cœur. — Le péricarde renferme 200 gram. environ de sérosité citrine, mais ne présente pas de lésions inflammatoires manifestes.

Le cœur est très volumineux, en raison de l'hypertrophie et de la dilatation du ventricule droit; il pèse 370 gram. La mitrale présente, au niveau des insertions tendineuses, une guirlande de grosses granulations, sessiles ou pédiculées, de résistance fibreuse, témoignant de l'existence d'une *ancienne endocardite*.

Le *foie*, qui pèse 1,980 gram., est adhérent au diaphragme, volumineux, gorgé de sang. A l'incision il présente une consistance plus ferme qu'à l'état normal et un aspect muscade.

La *rate* pèse 230 gram.; elle est volumineuse, un peu ramollie.

Les *reins* pèsent 320 gram. et sont légèrement congestionnés.

Les *ganglions* du mésentère et des fosses iliaques sont notablement tuméfiés et caséeux.

N'est-ce pas là une nouvelle preuve de la possibilité des infections secondaires venant compliquer la grippe et en rendre mortelles les suites ? Voilà un sujet porteur de lésions tuberculeuses cicatrisées, chez lequel le processus diathésique paraissait complètement enrayé, et qui, grâce à la grippe, réalise une poussée aiguë et fatale. Vous avez là une infection surajoutée à la maladie grippale et analogue à l'infection pneumonique dont je vous parlais naguère.

Retenez ce fait qui est d'un haut intérêt au point de vue de l'histoire et du pronostic de la grippe.

A côté de ces complications par superposition de maladies, nous devons maintenant envisager les complications provenant de l'altération d'appareils autres que l'appareil respiratoire, dont nous nous sommes jusqu'ici exclusivement occupés.

III. Le *retentissement de la maladie sur l'appareil circulatoire*, retentissement qui, dans la présente épidémie, a été extrêmement remarquable, nous occupera tout d'abord ; dans un grand nombre de cas, il nous a fourni, à l'endroit du pronostic, des éléments d'appréciation d'une valeur incontestable.

Ce retentissement paraît s'exercer de préférence sur le myocarde. Comme localisation, il affecte spécialement le cœur droit. Cliniquement, il se traduit par les signes d'une diminution notable et rapide de la tension artérielle.

Quels sont les symptômes qui permettent de diagnostiquer une pareille altération ?

On la reconnaît surtout à certaines modifications de la fréquence, de l'intensité et du rythme normaux des bruits du cœur.

La *tachycardie* est notée dans la plupart des cas ; elle atteint quelquefois les chiffres énormes de 130, 140 pulsations. Cet accroissement de fréquence contraste généralement avec la di-

minution de la tension artérielle ; le pouls devient mou, très dépressible, filiforme ; en même temps, le deuxième bruit d'abord, puis le premier, diminuent d'énergie. Ces deux caractères, petitesse du pouls et atténuation successive des deux bruits cardiaques, témoignent, vous le savez, à la fois d'une diminution dans la tension artérielle et d'un affaiblissement de la contraction cardiaque.

Nous avons également noté à plusieurs reprises de l'*embryocardie*. Ce signe, bien étudié par Huchard, et sur lequel j'insiste toutes les fois que l'occasion s'en présente, consiste dans la reproduction du rythme fœtal des bruits du cœur ; il témoigne aussi d'un amoindrissement de la tension artérielle.

Dans un cas fort remarquable, où les phénomènes circulatoires ont été bien marqués, nous avons vu naître et se développer en quelque sorte sous nos yeux un souffle systolique à l'orifice tricuspide, que nous avons attribué à une insuffisance tricuspidienne relative par dilatation aiguë du cœur droit.

Enfin, les lésions peuvent être complexes, le péricarde peut être atteint à son tour. Nous avons constaté, dans nos salles, deux cas de péricardite, et M. Rauzier nous donnait récemment la relation d'un cas analogue observé dans sa clientèle. L'un de nos deux malades est encore à l'hôpital, nous nous sommes arrêtés auprès de lui il n'y a qu'un instant. L'autre malade, dont le souvenir est certainement présent à votre esprit, est ce jeune militaire que nous avons eu le malheur de perdre la semaine dernière, et dont voici l'histoire complète :

Le 29 décembre, entrait dans nos salles, au n° 25 de la salle Tissié-Sarrus, un jeune soldat de 23 ans, appartenant au 122e de ligne, et à peine enrégimenté depuis deux mois. Issu de parents vigoureux, il n'a pas hérité de leur robuste santé ; il est maigre, présente une apparence délicate et accuse trois atteintes antérieures du côté du thorax, la dernière s'étant manifestée en septembre 1889.

La veille de son entrée, il a été pris brusquement d'une violente céphalalgie, de frissons, de fièvre, de dyspnée, et presque aussitôt s'est manifesté un point de côté des plus intenses à la base gauche.

Le 29, un dimanche, M. Rauzier ne perçoit qu'un peu de souffle et quelques frottements, sans matité ni modification des vibrations; en raison de l'intensité de la douleur et de l'éréthisme nerveux, il prescrit trois ventouses scarifiées.

Le 30, les signes sont les mêmes ; la toux est peu fréquente, très douloureuse, et ne s'accompagne pas de crachats rouillés.

Le 31, la matité apparaît dans les deux tiers inférieurs ; le murmure vésiculaire fait défaut ; le souffle a son maximum au niveau de l'angle de l'omoplate.

Les jours suivants, la matité augmente d'étendue, le souffle s'accentue, la bronchophonie survient ; à l'auscultation, on perçoit quelques râles profonds produits à l'intérieur du poumon et des frottements pleuraux assez rudes au-dessus de la zone de matité. Le diagnostic de pleuro-pneumonie se confirme. C'est encore la douleur qui domine durant cette période ; elle nécessite plusieurs injections hypodermiques de morphine.

Déjà, à cette époque, l'attention est attirée du côté de l'appareil circulatoire ; le 3 janvier, on constate une embryocardie fort nette, avec accroissement dans la fréquence du pouls (112 pulsations pour une température de 39°,1). Le 6, l'embryocardie disparaît pour faire place à une diminution notable dans l'énergie des bruits du cœur et un souffle énergique au premier temps, atteignant son maximum à l'appendice xiphoïde.

Du 7 au 11, la dyspnée persiste, le côté gauche est encore douloureux ; le souffle et la matité diminuent, en même temps que des frottements pleuraux se perçoivent jusqu'à la base. La température baisse au point d'atteindre, le matin, la normale ; mais le pouls reste petit, fréquent, inégal et irrégulier ; le souffle tricuspide se maintient.

Le 11, sans cause occasionnelle, la température s'élève à nouveau, la fréquence et la dépressibilité du pouls augmentent, la dyspnée s'accentue ; le souffle cardiaque ne se perçoit plus, en raison de l'affaiblissement des bruits du cœur. — Bientôt une voussure apparaît au niveau de la région précordiale, la paroi thoracique s'œdématie légèrement, le choc de la pointe disparaît tout à fait, la matité du cœur prend la forme d'un tronc de cône à base diaphragmatique.

Plus de doute : on se trouve en présence d'un *épanchement péricardique*.

Grâce à l'emploi de moyens appropriés : caféine, oxygène, toniques généraux, vésicatoire précordial, l'état général s'améliore du 15 au 21 ; la dyspnée s'atténue, les bruits du cœur reprennent quelque énergie, la fièvre tombe à nouveau ; les

signes de résolution s'accentuent à la base gauche. Mais la fréquence du pouls persiste ; il est petit, inégal, très dépressible, et je ne cesse d'attirer votre attention sur la valeur pronostique de ces symptômes.

Le 21, dans la soirée, après une journée relativement bonne (le malade avait passé l'après-midi, assis sur le lit, à causer avec ses camarades), survient une hémoptysie abondante.

Le lendemain, nous le trouvons très affaibli, d'une pâleur cyanique. La matité précordiale est très étendue en largeur et en hauteur ; la paroi thoracique est œdématiée ; les bruits du cœur ne peuvent être perçus qu'au niveau de l'appendice xiphoïde ; le pouls est à 112, filiforme. La respiration est soufflante en avant.

Deux injections de caféine par jour, suivant la formule de Huchard, et une potion avec un gramme d'ergotine relèvent sensiblement l'état général et paraissent accroître l'énergie du myocarde ; l'hémoptysie cesse bientôt, la dyspnée est nulle.

Cependant, la fréquence (112 à 120) et la petitesse du pouls persistent et s'accentuent ; bientôt la numération des pulsations ne peut se faire qu'au cœur ; les battements sont très affaiblis, inégaux, irréguliers ; l'embryocardie reparaît. La température prend le type rémittent, des frissons surviennent accompagnés d'une soif intense ; le malade s'affaiblit rapidement ; il meurt le 28 janvier, dans la soirée.

L'autopsie est venue confirmer le diagnostic de péricardite avec épanchement. Voici la note consignée sur le registre de mon collègue M. Kiener :

Sujet amaigri ; œdème périmalléolaire ; cyanose de la face.

Cavité thoracique gauche. — Il existe deux abcès pleuraux tout à fait indépendants, renfermant chacun 2 à 300 gram. de pus épais, homogène, verdâtre. L'un est situé à la région antéro-latérale et confine au péricarde ; l'autre occupe le sommet en arrière. Au niveau de ces abcès, la plèvre, épaissie de 2 à 3 millim., molle, montre quelques restes de dépôts fibrineux. Dans l'intervalle des deux foyers purulents, les feuillets de la plèvre sont adhérents et ont une épaisseur de 4 à 6 millim. Il existe, au niveau de cette adhérence, un petit abcès du volume d'une olive, entouré d'une lame fibrineuse compacte. Tout le reste de la plèvre viscérale est adhérent à la paroi thoracique, au péricarde, au diaphragme.

Le poumon est réduit au quart de son volume normal ; il est logé dans la gouttière vertébrale dont il occupe, grâce aux adhérences, toute la hauteur. Il ne présente d'autre vestige de

la pneumonie qu'une carnification rouge, irrégulièrement disséminée ; les petites bronches laissent sourdre du pus mêlé de bulles d'air.

Cavité thoracique droite.— Adhérences celluleuses sur presque toute la hauteur. Poumon de volume un peu augmenté, très hyperémié, avec quelques îlots carnifiés ; pas d'infarctus. De la plupart des orifices des petites artères pulmonaires sortent des caillots cruoriques, qu'on peut extraire sous forme de cordons grêles et ramifiés. Les bronches renferment du pus mélangé à de l'air.

Les *ganglions* du médiastin sont volumineux, mous, d'une coloration rouge sombre.

La dissection de l'artère pulmonaire montre, dans le tronc de l'artère et dans la plupart de ses divisions, le coagulum grêle, cruorique, déjà mentionné.

Péricarde. — Épaissi, distendu par un liquide louche, verdâtre (7 à 800 grammes, au moins) Les surfaces pariétale et viscérale sont parsemées de houppes fibrineuses, épaisses de 2 ou 3 millimètres, confluentes en quelques points, donnant à la séreuse un aspect villeux très remarquable.

Le *cœur* pèse, avec le péricarde vidé de pus, 565 gram. Il n'est pas hypertrophié ni notablement dilaté. Les valvules auriculo-ventriculaires et artérielles sont parfaitement saines. Quelques caillots cruoriques dans les oreillettes. Pas d'altérations apparentes du myocarde.

Le *foie* pèse 1,980 gram.; il est volumineux, présente à sa surface une coloration rouge vif parsemée de marbrures jaunes ; la coupe offre l'aspect muscade. Il est très congestionné ; sa consistance est molle.

La *rate* pèse 85 gram.; elle est petite, un peu ramollie.

Les *reins* pèsent 340 gram.; leur substance corticale est fortement congestionnée.

Le *péritoine* renferme un litre environ d'exsudat citrin ; il n'est nullement enflammé.

L'*intestin* est normal.

Les faits de ce genre vous montrent le retentissement circulatoire porté à son plus haut degré; aussi sont-ils relativement rares. Au contraire, l'atteinte à la circulation, dans ses phases atténuées, a été fréquemment observée ; elle constitue, à n'en pas douter, un élément capital de pronostic et une source d'indication de premier ordre.

C'est un fait de constatation universelle, dans la présente épidémie, que le pronostic de la grippe est surtout grave chez les cardiaques. Les fameuses *tares antérieures*, que l'on invoque régulièrement, au cours des maladies épidémiques, pour expliquer le nombre des décès et rassurer la population, ont été surtout, cette fois, des tares circulatoires. Les cardiaques, on peut le dire, ont beaucoup pâti de la grippe, et, parmi les affections des voies respiratoires, ce sont de préférence les cas de bronchite chronique, d'asthme et d'emphysème, c'est-à-dire les maladies qui retentissent au premier chef sur le cœur droit, qui sont venus accroître le bilan de la mortalité par la grippe.

Dans la même catégorie de phénomènes, je rangerai les hémorrhagies de tout ordre (épistaxis répétées, hémoptysies, etc.); je signalerai également, dans le même ordre de faits, ce que Huchard veut appeler le *pouls instable*. Ce signe, sur lequel notre attention est depuis longtemps attirée, au point que M. Rauzier en a déjà recueilli un nombre considérable d'observations, consiste en énormes variations dans la fréquence du pouls suivant la position du malade : le nombre de pulsations, minimum dans le décubitus dorsal, atteint un maximum élevé dans la station debout, et présente un chiffre intermédiaire quand le malade est seulement assis. Le sujet chez lequel nous avons constaté ce phénomène pour la première fois était un jeune garçon qui, au décours d'une fièvre continue, présenta des variations du simple au double suivant qu'il était étendu ou debout, et ceci, bien entendu, indépendamment de l'agitation causée par le fait de changer de place.

Ce phénomène, que nous avons enregistré dans un grand nombre d'états morbides, et surtout au moment de la convalescence, n'a rien de spécial à la grippe; il constitue tout simplement un signe de faible tension artérielle et se manifeste peut-être de préférence chez certains individus plutôt que chez d'autres.

IV. Le *système nerveux*, enfin, peut devenir, lui aussi, un agent de complications. Nous avons vu, en traitant la symptomatologie

de la grippe, que la participation du système nerveux était un des caractères les plus habituels de la maladie et que ce caractère avait été tout spécialement prédominant dans l'épidémie actuelle ; vous vous rappelez combien j'ai insisté sur les phénomènes douloureux et le délire qui marquent la période d'invasion — En dehors de ces faits que l'on peut considérer comme normaux, la participation du système nerveux peut s'exagérer à tel point qu'elle constitue une complication véritable et peut devenir un élément réel d'indications.

La *douleur* et surtout les *douleurs articulaires* occupent le premier rang.

Ce serait ici le lieu de traiter une question que je regrette fort de ne pouvoir effleurer qu'en passant : celle des *rapports qui existent entre la grippe et le rhumatisme.* — Le nombre de rhumatisants que nous avons traités durant les deux derniers mois est extrêmement considérable et dépasse de beaucoup la moyenne ordinaire. Établissant une relation entre le nombre des grippés et le nombre des rhumatisants traités à l'hôpital, vous vous rappelez que nous avons noté une proportion d'un tiers entre les accidents articulaires et les manifestations respiratoires. De plus, la plupart de nos rhumatisants, sinon tous, ont présenté, à un moment donné, des localisations thoraciques ; — de même qu'un certain nombre de nos affections respiratoires se sont accompagnées d'arthropathies.

Devant ces faits, de la présence simultanée et anormale d'un nombre considérable de cas de grippe et de rhumatisme, on est tenté de rapprocher les deux maladies, de voir dans ces deux actes morbides une même influence générale, d'en faire des manifestations diverses d'une même constitution épidémique.

J'en aurai fini avec la démonstration rapide d'une participation réelle du système nerveux à la genèse des complications, quand je vous aurai rappelé trois cas de *délire* accentué et prolongé, dont le diagnostic avec la méningite et le rhumatisme cérébral a dû vous être présenté, — et deux observations de troubles

trophiques consistant dans des *eschares* profondes survenues chez de jeunes sujets, en l'absence de décubitus prolongé.

Je borne là, Messieurs, ce que j'avais à dire sur les complications, et résumerai de la façon suivante la doctrine générale que je viens de vous exposer :

La maladie actuelle n'est autre chose que la grippe, qui, dans certaines de ses formes, s'est rapprochée de la dengue. La grippe est cependant distincte de cette dernière qui paraît être la grippe des pays chauds, de même que la grippe serait la dengue des pays froids. Étiologiquement, la grippe est une affection épidémique et contagieuse, offrant un caractère de diffusion extrême et de véritable universalité. Bénigne en elle-même, la grippe est grave par ses localisations respiratoires (bronchite, broncho-pneumonie, fluxion de poitrine) et les infections secondaires qu'elle peut faire naître (pneumocoques, streptocoques, bacilles), ou encore grâce à la participation d'autres appareils importants, tels que le système nerveux et surtout l'appareil circulatoire.

Cela dit, nous n'avons plus qu'à nous occuper du traitement.

V.

Je ne vous étonnerai pas en déclarant, d'emblée, que la grippe n'a pas de *traitement* spécifique. C'est au contraire, de toutes les affections, l'une de celles où l'analyse clinique est le plus utile et où la médecine des indications rend les plus continuels services.

On est autorisé à affirmer tout d'abord que la grippe proprement dite, non compliquée, peut guérir seule, qu'elle guérit même seule la plupart du temps. On m'a traité de sceptique parce que j'ai dit, dans une phrase que l'on a reproduite, en la dénaturant un peu d'ailleurs, que telle médication rationnelle avait guéri des malades qui auraient pu guérir sans cela.

Certainement, je le maintiens, les malades ont généralement guéri tout seuls ; mais de ce qu'une maladie peut guérir spontanément, faut-il en conclure que la médecine est impuissante,

que l'on ne doit en rien intervenir pour soulager le patient et hâter la guérison ?

En tête des médicaments qui lui sont applicables, se trouve l'*antipyrine*. Cet agent, vanté par les uns comme une panacée contre toutes les manifestations de la maladie, est considéré par d'autres comme un mode d'intervention absurde et irrationnel dans tous les cas. La vérité semble résider entre ces deux opinions extrêmes.

L'antipyrine me paraît avoir des indications nettes et précises. Elle est utilisable dans la forme nerveuse, notre premier type ; elle agit, non pas comme antipyrétique, puisqu'il s'agit d'une fièvre éphémère sans importance, mais contre les phénomènes douloureux. Elle a rendu d'immenses services en calmant les douleurs diverses, et surtout la douleur de tête, qui constitue le symptôme le plus pénible. Cette spécialisation de l'action anesthésique de l'antipyrine est actuellement incontestable ; l'énorme consommation qu'on vient de faire du remède le prouve surabondamment.

Voici ma formule habituelle :

Antipyrine.....	2 gram.
Teinture d'aconit.....	XII à XV gouttes.
Eau de tilleul.....	90 gram.
Sirop de fleurs d'oranger.	30 —

une cuillerée toutes les deux heures ; une tasse de lait dans les intervalles.

[L'*aconit*, dont j'ai fait grand usage, agit à la fois comme sédatif du système nerveux et modificateur de la muqueuse bronchique].

Cette potion est très bien supportée, même par les personnes affectées de nausées, qu'elle calme d'ailleurs. Il est curieux de constater une pareille tolérance, alors que, dans d'autres circonstances, l'antipyrine est mal supportée par des sujets doués d'un estomac robuste.

Un *vomitif* est quelquefois indiqué au début de la maladie et chez les enfants ; mais, même dans cette catégorie de malades, on

a pu s'en passer dans l'immense majorité des cas. Au contraire, l'administration d'un ou plusieurs *purgatifs* a presque toujours été indispensable au cours de la convalescence. Vous m'avez vu prescrire de préférence, à la dose d'un grand verre, l'eau de Villacabras, très chargée en sulfate de soude.

La thérapeutique de notre deuxième type clinique est plus difficile à réaliser ; on n'arrive pas facilement à calmer la toux pénible, quinteuse, qui le caractérise. J'ordonne habituellement l'application de *coton iodé* sur la poitrine, le *lait d'ânesse*, qui constitue à Montpellier une médication courante et fort appréciée par les familles ; le *sirop de tolu composé*, dont voici la formule:

Sirop de tolu.....	300 gram.
Eau de laurier-cerise.....	100 —
Teinture d'aconit.....	C gouttes.

4 ou 5 cuillerées à dessert dans les vingt-quatre heures.

Certains malades n'ont pu être calmés que par l'association de l'*éther* et du *bromure de sodium*.

A côté de ces moyens, qui eux aussi s'adressent surtout au système nerveux, j'administre également quelques *expectorants*: le kermès à la dose de 0,20 centigr. dans un julep, l'oxyde blanc d'antimoine (1 gram. dans un looch), quelquefois une légère infusion d'ipéca.

Dans la forme intestinale, l'administration d'un *léger purgatif salin*, dans le but de modifier préalablement la surface de l'intestin, me paraît devoir précéder la prescription des astringents directs. Je vous rappelle ici la formule du mélange de *naphtol* et de *salicylate de bismuth* que nous prescrivons fréquemment : quatre à huit cachets renfermant chacun $0^{gr},25$ des deux médicaments.

Si la diarrhée est intense et se prolonge, le *régime lacté* s'impose pendant quelques jours.

Le traitement de la convalescence, que l'on devra poursuivre assez longtemps, aura pour base presque exclusive l'usage des *toniques*. A une alimentation reconstituante, aux promenades,

on joindra l'administration du mélange suivant, que je vous recommande :

Extrait alcoolique de quinquina.	6 gram.
Glycérine neutre.....	50 —
Sirop d'écorce d'oranges amères.	250 —
Arséniate de soude.....	0gr,10.

un verre à liqueur du mélange, matin et soir au moment du repas.

Grâce au petit artifice pharmaceutique de cette formule (qui ne m'appartient pas du reste), vous dispensez vos malades de l'affreuse nécessité de déglutir la boue épaisse constituée par le classique extrait de quinquina.

C'est également durant la convalescence que le *sulfate de quinine* trouve fréquemment son indication. Vous vous êtes rendu compte, par la lecture des journaux médicaux, de la lutte engagée, pendant l'épidémie actuelle, entre les partisans de la quinine et ceux de l'antipyrine. La quinine, d'assez piètre effet au cours de la maladie, me paraît avoir son indication dans les convalescences trainaillantes, surtout quand ces convalescences se compliquent de névralgies. Dans les cas de ce genre, la quinine m'a rendu de grands services, alors que l'antipyrine ne réussissait pas; j'emploie de préférence le bromhydrate de quinine, dont j'administre 0gr, 30 au début de chacun des trois repas.

Enfin, si la convalescence menace de s'éterniser, j'ai recours au *fer* et à l'*hydrothérapie*.

Passons maintenant au traitement des complications.

Dans les complications portant sur l'appareil respiratoire, les topiques résolutifs, d'ailleurs fort discutés aujourd'hui, ne m'ont jamais paru d'une utilité quelconque au début. Souvent on a pu s'en passer entièrement, témoin ce malade payant qui a rapidement guéri d'une pneumonie vraie sans vésication. Dans les broncho pneumonies, au contraire, il a presque toujours fallu y avoir recours, à une certaine période. La règle, dans les cas de ce genre, doit être la suivante : appliquer d'abord des *ventouses sèches*, de la *teinture d'iode* ou un *thapsia* (les émissions sanguines n'ont jamais été indiquées) ; puis recourir au *vésicatoire*, et même

à une série de vésicatoires volants qui attaqueront l'un après l'autre les foyers successifs de localisation morbide.

Un médicament dont nous nous sommes énormément servis est l'ipéca. L'*infusion d'ipéca* est en effet le véritable remède de la fluxion de poitrine catarrhale. En voici la formule, essentiellement montpelliéraine :

Ipéca concassé,.....	2	gram.
Écorce d'oranges amères.....	4	—
Eau.....	100	—
Faire bouillir jusqu'à réduction à...	90	—
laisser infuser ; filtrer.		
Ajouter : sirop de polygale ou sirop de fleurs d'oranger.....	30	—

(une cuillerée à bouche toutes les deux heures).

Cette potion est généralement bien supportée et ne détermine, quand l'indication est formelle, ni vomissements ni nausées.

L'indication de l'*alcool* s'est aussi fréquemment posée ; nous avons prescrit, dans la plupart des cas, la potion suivante, que l'on alternait avec l'infusion d'ipéca :

Rhum ou cognac.....	30	gram.
Julep.....	90	—

Dans un certain nombre de cas, vous m'avez vu administrer l'*ergotine*, à la dose d'un gramme, dans cent vingt grammes de julep. Il s'agissait alors, soit de formes hémoptoïques, soit d'une asthénie momentanée de la musculature bronchique.

L'*iodure de potassium* ($0^{gr},50$ avant chaque repas) a été réservé aux formes sèches, plus rares, de la bronchite grippale, qui se traduisent anatomiquement par l'épaississement des parois bronchiques et l'absence de sécrétion.

Contre l'affaiblissement de la tension circulatoire, qui joue un si grand rôle parmi les complications de la grippe, nous avons largement utilisé la *caféine*, et ce médicament nous a rendu les plus grands services en relevant et régularisant la pression artérielle. Je prescris habituellement :

Caféine pure.....	1	gram.
Benzoate de soude.....	1	—
Julep.....	120	—

Lorsque l'administration de la caféine à l'intérieur est impossible ou insuffisante, il nous arrive assez souvent de la prescrire en injections hypodermiques ; en voici la formule :

Caféine pure.....	$2^{gr},50$
Benzoate de soude	$2^{gr},50$
Eau distillée.. ..... Q. S. pour faire.	10^{cc}

(deux à quatre injections dans les 24 heures ; chaque seringue faisant pénétrer $0^{gr},25$ de caféine).

A côté des injections de caféine et dans les cas d'asthénie circulatoire fournissant une indication urgente, on doit placer les *injections d'éther* et les *inhalations d'oxygène.*

J'en ai fini, Messieurs, avec l'exposé sommaire des moyens thérapeutiques dont vous pouvez faire usage pour combattre la grippe dans ses formes anodines ou graves. J'insiste, en terminant, sur la fréquence de ces dernières dans la présente épidémie, et vous résume d'un mot les trois principaux agents que vous devez leur opposer : l'ipéca, les toniques généraux et la caféine.

Extrait du Montpellier Médical.
(2e sér., tom. XIV. — 1890)

Montpellier. — Typographie Charles Boehm